



INFLUÊNCIA DA SAÚDE FUNCIONAL SUBJETIVA NO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E COMUNITÁRIOS

Ana Francisca Cordeiro Pimentel

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
Especialidade: Psicologia Clínica

ORIENTADOR: *Prof. Doutor António Augusto Pinto Moreira Diniz*



INFLUÊNCIA DA SAÚDE FUNCIONAL SUBJETIVA NO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E COMUNITÁRIOS

Ana Francisca Cordeiro Pimentel

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
Especialidade: Psicologia Clínica

ORIENTADOR: *Prof. Doutor António Augusto Pinto Moreira Diniz*



Aos meus pais...

Agradecimentos

Ao Professor António Diniz que se mostrou incansável em todos os momentos, pela sua dedicação, disponibilidade, apoio crítico e conhecimentos.

A todos os idosos que participaram no estudo, mostrando-se sempre prontos a colaborar e que muito me ensinaram.

Aos responsáveis e funcionários dos lares e centros de dia que me facilitaram o acesso e contacto com os idosos, mostrando-se sempre solícitos para ajudar.

Ao Pedro e ao meu irmão pelo apoio, disponibilidade e partilha.

À Joana e à Ana, minhas companheiras de trabalho e amigas, pelo incentivo, carinho e colaboração.

À APDES, em particular ao Dr. José Queiroz, pelo estímulo e compreensão, tornando possível conciliar a realização deste trabalho com a atividade profissional

A todos os que contribuíram para a concretização deste trabalho.

Resumo

Contrastaram-se dois grupos de idosos, institucionalizados e comunitários, recorrendo à modelação de equações estruturais. Em três estudos, testou-se a influência mediadora da saúde funcional subjetiva, mais especificamente, da capacidade motora percebida (CMP), no efeito da idade (terceira vs. quarta idades), da institucionalização e do género (segundo e terceiro estudos) sobre comportamentos de seleção, otimização e compensação (SOC), afeto depressivo geral (ADG), satisfação com a vida e afetos positivos e negativos (AP e AN). Tanto no primeiro ($N = 107$), quanto no segundo ($N = 131$) e no terceiro ($N = 135$) estudos, verificou-se nos participantes ($Mdn = 80$ anos) que a idade foi o melhor preditor do envelhecimento bem-sucedido e que só ocorreu a influência mediadora da CMP no efeito da idade sobre os SOC e os AP. Verificou-se, ainda, que os idosos que apresentavam menor CMP também apresentavam menos comportamentos SOC, maior ADG, menos AP e mais AN.

Influence of subjective functional health in successful aging of institutionalized and community elderly

Abstract

Two groups of elderly, either living in nursing homes or in the community, were compared, using a structural equation modeling. Three studies were done, testing the mediation effect of functional subjective health, namely, the perceived motor ability (PMA) on the effect of age (third vs. fourth age), institutionalization and gender (second and third studies) on selection, optimization and compensation (SOC) strategies, depressive general affect (DGA), life satisfaction and positive and negative affects (PA and NA). The first ($N = 107$), second ($N = 131$) and third ($N = 135$) studies showed that, in these samples ($Mdn = 80$), age was the best predictor of successful aging and that the PMA influence only occurred in the effect of age on the SOC and the AP. Furthermore it was found that the elderly who had lower PMA also use less SOC strategies, greater DGA, less NA and more PA.

Índice	1
Introdução	
Parte I: Revisão da Literatura e Problema de Investigação	5
1. Caraterização sumária do envelhecimento	7
1.1. Terceira e quarta idade	7
1.2. Idosos e institucionalização	10
1.3. Género	14
2. O envelhecimento bem-sucedido	17
2.1. Teorias de adaptação ao envelhecimento	19
3. Seleção, otimização e compensação (SOC)	25
3.1. A arquitetura da ontogenia humana	25
3.2. A metateoria de SOC	26
3.3. Idade e SOC	28
3.4. Breve reflexão	30
4. Bem-estar subjetivo (BES)	31
4.1. Perspetivas eudaimónica e hedónica	33
4.2. Teorias sobre o BES	35
4.2.1. Teorias topo-base e base-topo	35
4.2.2. Teorias baseadas na concretização de objetivos	36
4.2.3. Teorias de padrões relativos	37
4.3. Dimensionalidade do BES	40
4.4. Idade e BES	42
4.4.1. Idade e afetos positivos (AP) e afetos negativos (AN)	45
4.4.2. Idade e satisfação com a vida (SV)	47
4.5. Género e AP e AN	48

4.6. Género e SV	50
4.7. Breve reflexão	50
5. A saúde como fator de risco para o envelhecimento bem-sucedido	53
5.1. Saúde subjetiva	54
5.2. Saúde funcional (SF)	56
5.3 SF subjetiva	57
5.4. Idosos e saúde subjetiva	58
5.5. Institucionalização e saúde subjetiva	61
5.6. Género e saúde subjetiva	63
5.7. Saúde e BES	64
5.8. Breve reflexão	67
6. Depressão nos idosos	69
6.1. Género e depressão	72
6.2. Saúde e depressão	73
6.3. Breve reflexão	75
7. Formulação do problema de investigação	77
Parte II: Estudos Empíricos	83
8. Nota metodológica	85
9. Estudo 1 - Modelo de mediação da capacidade motora percebida (CMP) no efeito da Idade e do Estatuto Residencial (ER) sobre os comportamentos SOC	87
9.1. Método	87
9.1.1. Participantes	87
9.1.2. Instrumentos	87
9.1.3. Procedimento	91

9.2. Resultados	98
9.2.1. Validade estrutural dos modelos de medida	98
9.3. Discussão	103
10. Estudo 2 - Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade, do ER e do Género sobre a SV e o Afeto Depressivo Geral (ADG)	107
10.1. Método	107
10.1.1. Participantes	107
10.1.2. Instrumentos	107
10.1.3. Procedimento	108
10.2. Resultados	109
10.2.1. Validade estrutural dos modelos de medida	109
10.3. Discussão	114
11. Estudo 3. Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade, do ER e do Género sobre os AP e AN	121
11.1. Método	121
11.1.1. Participantes	121
11.1.2. Instrumentos	121
11.1.3. Procedimento	122
11.2. Resultados	123
11.2.1. Validade estrutural dos modelos de medida	123
11.3. Discussão	128
12. Discussão geral	133
13. Conclusão	143
Referências	145

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade e do ER sobre os comportamentos SOC	80
Figura 2. Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade, do ER e do Género sobre a SV e o ADG	82
Figura 3. Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade, do ER e do Género sobre os AP e os AN	82
Figura 4. Teste do modelo da Figura 1	102
Figura 5. Teste do modelo da Figura 2	113
Figura 6. Teste do modelo da Figura 3	127

Índice de Tabelas

Tabela 1. Modelo do Questionário de Capacidade Motora Percebida (QCMP): estimativas da solução estandardizada, variância média extraída (VME) e fiabilidade compósita (FC)	99
Tabela 2. Índices de ajustamento do modelo do Questionário de Seleção Otimização e Compensação (versão de 16 itens) (QSOC)	100
Tabela 3. Modelo do QSOC: estimativas da solução estandardizada, VME e FC	101
Tabela 4. Modelo do QCMP: estimativas da solução estandardizada, VME e FC	109
Tabela 5. Modelo bifatorial oblíquo da Escala de Depressão Geriátrica (versão reduzida): estimativas da solução estandardizada, VME e FC	111
Tabela 6. Modelo do QCMP: estimativas da solução estandardizada, VME e FC	123
Tabela 7. Índices de ajustamento do modelo bifatorial oblíquo da Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN)	124

Tabela 8. Modelo bifatorial oblíquo da EAPN: estimativas da solução estandardizada, VME e FC	126
---	-----

Índice de Anexos

Anexo I. Termo de consentimento informado para a participação nos estudos	175
Anexo II. Autorizações para uso de provas	177

Lista de Siglas

ADG	Afeto depressivo geral
AN	Afetos negativos
AP	Afetos positivos
AVD	Atividades da vida diária
BaCO	Competências básicas
BES	Bem-estar subjetivo
CMP	Capacidade motora percebida
ER	Estatuto residencial
ExCo	Competências expandidas
FC	Fiabilidade compósita
LFP	Limitações funcionais percebidas
PP	Psicologia Positiva
SBP	Seleção baseada nas perdas
SE	Seleção electiva
SF	Saúde funcional
SFS	Saúde funcional subjetiva
SOC	Seleccção, otimização e compensação
SV	Satisfação com a vida
VC	Validade convergente
VD	Validade discriminante
VME	Variância média extraída

Introdução

Na generalidade dos países desenvolvidos assiste-se a um progressivo envelhecimento da população (Kinsella & Velkoff, 2001). O aumento de esperança de vida, associado a um decréscimo da taxa de natalidade, leva a que as sociedades mais desenvolvidas se deparem com a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2007). Como reflexo desta evolução do envelhecimento, em Portugal, o Censo de 2011 revelou que a proporção de pessoas com mais de 65 anos está atualmente nos 16.4% da população (INE, 2012).

Os progressos realizados ao nível dos cuidados de saúde e a modificação de estilos de vida têm contribuído para que os idosos hoje vivam mais e melhor do noutros momentos ao longo da história (Papalia, Olds, & Fielman, 2009). Este fenómeno acaba por ter expressão em vários níveis da sociedade. Ao nível económico, reflete-se num maior número de reformados. Surgem também grandes alterações sociais, levando a uma necessidade de adaptação das infraestruturas dos sistemas de proteção e dos serviços sociais de forma a dar resposta a esta população envelhecida (Kinsella & Velkoff, 2001).

Paúl e Fonseca (2005) consideram o envelhecimento em Portugal segundo uma tripla perspetiva: (1) a da psicologia, enfatizando a importância da compreensão e construção de significados, visto que cada idoso corresponde a uma determinada história de vida; (2) a da saúde, salientando o aumento do tempo de vida, enquanto acompanhado por um maior risco de adoecer; e (3) a da prestação de cuidados, tendo em conta a heterogeneidade entre os idosos, justificando a adequação dos cuidados e serviços às necessidades de cada idoso. Ou seja, a experiência de envelhecimento não resulta apenas de determinismos biológicos, de processos psicológicos, de histórias de

vida ou de circunstâncias atuais; é o produto também da atitude, de expectativas, da cultura, de preconceitos e ideias da sociedade onde as pessoas crescem e se desenvolvem (Coleman & Hanlon, 2004).

Tem, assim, surgido uma preocupação crescente em dar atenção às particularidades da população idosa, permitindo que o aumento da esperança de vida esteja associado ao bem-estar, através da diminuição de fatores associados à morbilidade psicológica e ao aumento do nível de autonomia e funcionalidade, como formas de promover o envelhecimento bem-sucedido. Com este trabalho procura-se contribuir para compreender melhor este fenómeno.

Nele, começa-se por fazer uma breve caracterização do envelhecimento, considerando três variáveis sociodemográficas: idade, institucionalização e género. Depois desta contextualização, serão apresentadas algumas teorias que procuram explicar a adaptação ao envelhecimento. Nestas concepções, reconhece-se a capacidade de adaptação e desenvolvimento que os idosos apresentam, contrariando as perdas inerentes ao aumento de idade, em contraste com as concepções clássicas onde o envelhecimento era considerado como apenas uma fase de declínio. No âmbito das teorias de adaptação ao envelhecimento, será apresentada com maior detalhe a metateoria de seleção, otimização e compensação (SOC; Baltes & Baltes, 1990), e far-se-á, no final desta revisão, uma exposição dos efeitos da idade na adoção de comportamentos SOC.

Ainda com o intuito de compreender melhor uma adaptação bem-sucedida ao envelhecimento, será em seguida abordado o estudo do bem-estar subjetivo (BES), visto que se trata de um indicador importante de envelhecimento bem-sucedido. Serão distinguidas as perspetivas eudaimónica e hedónica do bem-estar e serão enunciadas várias teorias acerca do BES. Segue-se uma definição de BES que contempla uma

dimensão cognitiva e uma afetiva e uma discussão acerca da independência versus bipolaridade dos afetos positivos e negativos. Faz-se, ainda, uma revisão de estudos acerca da relação da idade e género com o BES, mais especificamente com os afetos positivos e negativos e com a satisfação com a vida (SV).

Em seguida, serão abordados alguns fatores de risco para o envelhecimento de sucesso, mais concretamente ao nível da saúde. É importante realçar a heterogeneidade do envelhecimento e, assim sendo, a relevância que os aspetos subjetivos, nomeadamente da saúde funcional, podem ter no BES e na adaptação dos idosos aos constrangimentos da idade. Neste capítulo será também considerada a influência da idade, do género e da institucionalização sobre a saúde.

Ainda relativamente à saúde, mais concretamente, à saúde mental, no capítulo seguinte, será abordada a depressão nos idosos, visto que ela se constitui num constrangimento para o envelhecimento bem-sucedido. Sendo umas das perturbações mentais mais frequentes nos idosos, não há consenso quanto à presença de um aumento de sintomas depressivos na velhice. No final será realizada uma revisão de estudos acerca da relação do género e da saúde com a depressão geriátrica.

Após a revisão da literatura, formula-se o problema de investigação e estabelecem-se os objetivos do estudo. Em seguida, serão testados vários modelos preditores de um envelhecimento bem-sucedido, através da modelação de equações, nomeadamente o modelo de mediação da capacidade motora percebida (CMP) no efeito da Idade e do Estatuto Residencial (ER) sobre os comportamentos SOC (Estudo 1); o modelo de mediação da CMP no efeito da Idade, do ER e do Género sobre a SV e o Afeto Depressivo Geral (ADG) (Estudo 2); o modelo de mediação da CMP no efeito da Idade, do ER e do Género sobre os Afetos Positivos (AP) e Afetos Negativos (AN) (Estudo 3). A Idade (terceira e quarta idade) revelou-se como um importante preditor do

envelhecimento bem-sucedido e verificou-se que só ocorreu a influência mediadora da CMP no efeito da Idade sobre os SOC e os AP. Por último, verificou-se que os idosos que apresentavam menor CMP também apresentavam menos comportamentos SOC, maior ADG, menos AP e mais AN. Após a apresentação dos resultados, será feita a discussão destes e conclusão final, integrando os resultados dos três estudos.

Parte I: Revisão da Literatura e Problema de Investigação

1. Caraterização sumária do envelhecimento

1.1. Terceira e quarta idade

Apesar de haver uma tendência para considerar as pessoas idosas como um grupo homogéneo, devemos ter em conta que os efeitos do envelhecimento são bastante heterogéneos. Além disso, nem todos os órgãos e funções psicológicas sofrem alterações na mesma altura. Enquanto alguns idosos se mostram mais resistentes ao envelhecimento, outros sofrem bastante com as transformações que este acarreta. Podemos falar em idade biológica, social e psicológica, podendo estas não corresponder à idade cronológica (Fontaine, 2000).

Será importante fazer uma distinção entre duas fases do processo de envelhecimento que correspondem à terceira e à quarta idade, visto que se caracterizam de diferente forma. Apesar da barreira entre idades depender de muitas variáveis, como, por exemplo, fatores sociodemográficos, e de se tratar de um fenómeno dinâmico e em constante evolução, é importante que se faça esta distinção, uma vez que se tem verificado um aumento exponencial de idosos da quarta idade (Amado, 2008).

Podem ser considerados dois tipos de classificação da terceira e da quarta idade. Uma delas baseia-se na população e outra no indivíduo (Baltes & Smith, 2003). A definição baseada na população considera, através de dados demográficos, a idade de transição, aquela em que mais de 50% dos coortes (indivíduos da mesma geração) já morreram. Ainda nesta classificação, existe uma variante em que se excluem as pessoas que morreram precocemente. Segundo esta definição, a transição entre a terceira e quarta idade nos países desenvolvidos situa-se entre os 75-80 anos. A classificação que se baseia no indivíduo procura estimar a esperança de vida máxima em comparação com a média da população. São excluídos casos de doenças que têm prevalência no início da idade mais avançada, de forma a que o indivíduo tenha um alcance de vida

entre os 80 e os 120 anos. Segundo esta orientação, a idade de transição pode variar para alguns por volta dos 60 anos e para outros pelos 90 anos.

Coleman e O'Hanlon (2004) consideram os 85 anos como a idade de transição entre a terceira e quarta idade nos países ocidentais. No entanto, em Portugal, será mais adequado considerar os 80 anos, visto que a maioria da população idosa se caracteriza por um baixo nível socioeconómico e de escolaridade, pelo que se podem esperar consequências do envelhecimento em idades mais precoces (Amado, 2008).

Segundo Baltes e Smith (2003), tem havido um aumento da esperança de vida nos idosos da terceira idade acompanhado de melhor forma física e mental, de melhores níveis de bem-estar emocional e pessoal e de uma melhor gestão dos ganhos e perdas da velhice. O aumento da esperança média de vida e a melhor forma física e mental que se encontram nos países desenvolvidos deve-se, essencialmente, ao maior investimento que tem sido realizado ao nível social e cultural. Foram realizados avanços na medicina e na tecnologia e criadas mais infraestruturas que tiveram impacto nas condições de vida e no envelhecimento das pessoas idosas (Baltes & Smith, 2003). Estas evidências enquadram estudos que demonstram que, nos países desenvolvidos, os idosos mantêm as capacidades mentais e o nível de inteligência até cerca dos 70 anos (Schaie, 1996).

O cérebro possui uma certa plasticidade (Baltes & Kliegl, 1992; Baltes & Singer, 2001) que permite a recuperação de funções cognitivas através de intervenções que visam a estimulação cognitiva. Desta forma, tem-se verificado uma diminuição do impacto do envelhecimento em idosos que se encontram em meios enriquecedores e estimulantes.

Segundo o modelo bifatorial da inteligência proposto por Cattell (1963; Horn & Cattell, 1966), existem dois fatores gerais de aptidões, o fator “gc” e o “gf”, que se referem respetivamente à inteligência cristalizada e fluída. A inteligência cristalizada

revela-se, por exemplo, através de atividades relacionadas com a experiência, compreensão das relações sociais, com o conhecimento. A inteligência fluida está pouco dependente da cultura e de conhecimentos aprendidos previamente e consiste num conjunto de capacidades básicas como a atenção, a memória, o raciocínio. Enquanto a inteligência fluida declina com a idade, a inteligência cristalizada mantém-se estável até uma idade avançada, ou chega mesmo a melhorar. Baltes (1987) defende que os défices da inteligência fluida são, durante muito tempo, compensados pela inteligência cristalizada, permitindo ao idoso ultrapassar, com a sua experiência, dificuldades na resolução de problemas. Ou seja, nesta faixa etária parece estarem presentes alguns ganhos resultantes das experiências de vida e das interações que foram estabelecendo, que se consubstanciam no nível de pensamento pós-formal: a sabedoria (Baltes & Smith, 2003; Marchand, 2001). Para além da sabedoria, a inteligência emocional parece desenvolver-se nos idosos. Trata-se de uma maior habilidade para compreender as causas de determinados sentimentos e para desenvolver estratégias que evitem conflitos emocionais, ou pelo menos, diminuam o seu impacto negativo (Baltes, 2003).

No entanto, parece que no caso da quarta idade a visão não é tão otimista, sendo caracterizada por perdas consideráveis ao nível cognitivo, aumento da síndrome de stress crónico, prevalência de demência e elevados níveis de fragilidade, vulnerabilidade, multimorbilidade e de disfuncionalidade (Baltes & Smith, 2003). É na quarta idade que surgem as grandes perdas, evidenciando-se as consequências da falta de plasticidade adaptativa. Inicialmente, as perdas são lentas e progressivas, mas com o tempo começam a ser abruptas e rápidas (Coleman & O'Hanlon, 2004). Quando este processo se torna cumulativo o problema agrava-se, manifestando-se pelo declínio do mecanismo biológico e da saúde funcional, que se traduz numa menor capacidade de adaptação (Smith & Baltes, 1999). Apesar das pessoas recorrerem mais aos recursos

culturais de forma a compensar as perdas que sentem (Baltes & Smith, 2003), este mecanismo compensatório a partir de determinada idade deixa de ter resultados (Baltes, 1997).

O facto da quarta idade contrastar com a terceira idade e se apresentar como um período pautado por muitas perdas ao nível da funcionalidade e da autonomia, que comprometem uma adaptação bem-sucedida, aponta para que esta não seja apenas uma continuação da terceira idade (Baltes & Smith, 1997).

1.2. Idosos e institucionalização

Apesar dos idosos terem maior necessidade de apoio, devido às limitações que apresentam, isto nem sempre se verifica, devido a fatores sociais que acabam por comprometer a sua rede de apoio social (e.g., entrada na reforma, viuvez). A par desta situação surge, muitas vezes, uma diminuição da sua capacidade funcional (Baltes, Maas, Wilms, Brochelt, & Little, 1999). A institucionalização em lares é uma resposta à perda de funcionalidade e problemas de saúde, perante a falta de recursos económicos para fazer adaptações na residência e a falta de disponibilidade familiar (Paúl, 1996).

Apesar do ambiente comunitário ser considerado geralmente preferível, esta ideia não é consensual, sendo necessário ponderar as capacidades funcionais do idoso, a qualidade objetiva do seu ambiente residencial e como isto tem impacto no seu BES (Paúl, 1996). Muitos idosos expressam a vontade de envelhecer em casa, querendo permanecer nas suas casas até ao momento em que for possível (Gitlin, 2003; Paúl, 1996). No entanto, quando se trata de idosos com dificuldades de locomoção, as barreiras arquitetónicas de uma casa poderão ser uma grande limitação, o que faz com que institucionalização surja, por vezes, como alternativa (Chappel & Cooke, 2010).

Algumas investigações na década de 1960 referiam que a institucionalização tinha efeitos negativos nos idosos, surgindo assim uma maior preocupação com o estudo

do impacto da institucionalização e das interações que se estabelecem entre o idoso e o meio (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990). Determinados aspetos relacionados com os lares, como a falta de privacidade, o cumprimento de regras pré-estabelecidas, uma menor liberdade de escolha e menor autonomia, entre outros, poderão levar a crer que os idosos que se encontram institucionalizados apresentem mais limitações e perdas, comparativamente com idosos comunitários.

Para além disso, é importante ter em conta que a institucionalização do idoso implica uma fase de familiarização e adaptação a um conjunto de situações novas: pessoas, rotinas, regras e, em alguns casos, pelo afastamento da sua rede social e familiar (Paúl, 1996), o que poderá ser uma fonte de stresse (Sena, Moral, & Pardo, 2008). Por outro lado, a mudança de contexto de vida irá também provocar mudanças ou perdas nos recursos que o idoso possuía anteriormente, podendo isto ter impacto na sua capacidade de adaptação (Baltes, Staudinger, & Lindenberger, 1999).

Smith et al. (1999) verificaram uma tendência para os idosos institucionalizados experimentarem menos afetos positivos (AP) do que os comunitários. Outros autores encontraram uma relação negativa entre a institucionalização e várias medidas do BES (Chappell & Penning, 1979; Hulicka, Morganti, & Cataldo, 1975; Sena et al., 2008).

Alguns estudos apontam ainda para uma maior prevalência de casos de depressão em idosos institucionalizados (Frank & Rodrigues, 2006; Lindsey & Murphy, 1988; Triadó & Villar, 2006). Esta tendência poderá estar relacionada com o isolamento familiar, com o aumento de doenças crónicas, com conflitos ou perda de privacidade (Cruz et al., 2011). Contrariamente, Costa (2005), num estudo com 211 idosos portugueses, utilizando a Entrevista Clínica Semi-Estruturada para o Diagnóstico da Depressão no Idoso (ECDDI: Santos, Sobral, Costa, & Ribeiro, 2003), verificou que, apesar da maioria dos idosos estudados estar deprimida, encontrou maior prevalência de

depressão na amostra comunitária (67.9%) do que na amostra institucionalizada (54.6%). No entanto, não foram encontradas diferenças nestes dois grupos em relação ao diagnóstico de depressão *major*.

Wagner, Schütze e Lang (1999) verificaram que apesar de não encontrarem diferenças entre idosos institucionalizados e comunitários quanto ao suporte social, os idosos institucionalizados sentiam-se mais isolados. Os autores ao discutir os resultados, referem que, no caso dos idosos institucionalizados, está presente uma série de fatores que pode contribuir para esta perceção de isolamento, visto que a maioria são viúvos ou solteiros, estabelecem poucas relações sociais e são fisicamente e psicologicamente menos aptos do que aqueles que vivem nas suas casas. Ou seja, a sensação de solidão emocional presente nos idosos institucionalizados relaciona-se mais com o facto de não terem tantos contactos sociais com pessoas significativas, do que com o facto de não residirem em suas casas.

No entanto, Paúl (1997), ao comparar idosos institucionalizados e comunitários, verificou que apesar dos institucionalizados viverem mais isolados e afastados das suas redes sociais e de os seus dias serem mais monótonos, viviam menos inquietos, tinham uma atitude mais positiva face ao envelhecimento e apresentavam um nível mais elevado de bem-estar psicológico.

Por outro lado, Fernández-Ballesteros (1998) ao comparar a qualidade do ambiente percecionada por idosos institucionalizados e comunitários, verificou que os idosos institucionalizados mostravam maior satisfação, referindo melhores condições (e.g., melhor organização, limpeza e equipamento). Para além disso, não encontrou diferenças em relação à SV entre os idosos institucionalizados e comunitários. Da mesma forma, del Pino (2003) não encontrou diferenças ao nível da qualidade de vida entre idosos institucionalizados e comunitários, concluindo que a única preocupação dos

idosos é o seu estado de saúde e querer viver bem, independentemente destes dois tipos de contexto. Este facto pode relacionar-se com a capacidade que os idosos têm de manter a sua identidade, o seu significado existencial e o bem-estar em situações em que a sua capacidade é menor (Coleman & O'Hanlon, 2004).

Entretanto, Brajković et al. (2011) verificaram que o estatuto residencial (ER) foi, entre as variáveis demográficas, das poucas que mostraram ser um preditor significativo da SV, avaliada através da *Life Satisfaction Index - A (LSI-A*: Neugarten, Havighurts, & Tobin, 1961). Neste estudo, com 300 idosos reformados, não clínicos, com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos, verificou-se que os idosos institucionalizados apresentaram melhores níveis de SV em comparação com os idosos comunitários. Estes autores explicam este resultado, considerando que os idosos que residem em instituições poderão sentir-se mais seguros e poderão ter condições mais apropriadas que lhes permita envelhecer com dignidade sem terem as preocupações daqueles que vivem nas suas casas (e.g., ter de pagar contas). Para além disso, os lares onde foram recolhidos os dados caracterizavam-se por promover a participação dos idosos em atividades sociais, prevenindo assim sentimentos de isolamento social.

Segundo Fernández-Ballesteros (2001), os fatores sociais e ambientais têm uma grande influência na forma como as pessoas envelhecem e no grau de satisfação dos idosos institucionalizados. Já o modelo ecológico de Lawton (1983) realçava a importância do contexto no bem-estar e de como este poderá definir diferentes tipos de envelhecimento, podendo as características de cada pessoa responder ou não às exigências do meio, explicando desta forma por que razão algumas pessoas atingem um envelhecimento bem-sucedido. É importante ter em conta que a menor capacidade de adaptação dos idosos torna-os mais sensíveis ao ambiente, visto que a sua saúde e limitações ao nível da funcionalidade poderão fazer com que o meio se torne um

facilitador ou uma barreira. Kahana e colaboradores (in Izal & Fernández-Ballesteros, 1990) referem que se houver congruência entre as necessidades do indivíduo e a capacidade do ambiente satisfazer essas necessidades, então o ambiente será ideal. Assim, também se deve ter em consideração a capacidade de adaptação dos idosos a novas situações (Baltes & Baltes, 1990).

Considerando estes pressupostos, é importante atender à diversidade dos lares e, por conseguinte, às condições que oferecem (Duarte & Paúl, 1994). O contexto físico e social poderá influenciar os processos de adaptação dos idosos ao meio, sendo um aspeto relevante na promoção de um envelhecimento bem-sucedido (Paúl, 1997). Por outro lado, Coleman e O'Hanlon (2004) realçam ainda a importância de envolver os idosos no processo de tomada de decisão acerca do seu futuro, de forma a aumentar a sua capacidade/perceção de controlo e o seu sentimento de pertença. O serviço prestado pelos lares deve adequar-se às necessidades dos idosos, estabelecendo um compromisso entre a promoção da autonomia e a prestação de cuidados e apoio.

1.3. Género

O género constitui outra variável importante no estudo do envelhecimento visto que, de acordo com o género, a sociedade atribui determinadas responsabilidades e papéis socioeconómicos que acabam por influenciar outras áreas como a saúde, o bem-estar e adaptação ao envelhecimento (World Health Organization [WHO], 2007). As diferenças de género em idosos resultam de uma interação complexa entre os aspetos biológicos e os ambientais (Sinnot & Shifren, 2001).

Ao longo da história, podem ser identificadas várias diferenças socioeconómicas que distinguem homens e mulheres (e.g., educação, trabalho, nível de escolaridade, finanças). A influência do contexto e das variáveis sociodemográficas reforçam a ideia de que as diferenças de género resultam de comportamentos aprendidos em

determinados ambientes específicos (Antonucci et al., 2002; Baltes, Freund, & Horgas, 1999). Havendo diferenças entre homens e mulheres idosos em relação ao funcionamento psicológico, estas diferenças devem-se não ao género, mas a expectativas sociais que reforçam as diferenças de género (Baltes, Freund, et al., 1999). Diferenças nos papéis sociais e nas expectativas que lhes estão associadas explicam que homens e mulheres apresentem diferentes competências e atitudes, que se traduzem em diferentes comportamentos (Eagly & Wood, 1991).

A diferença na esperança média de vida entre homens e mulheres (INE, 2002; Kinsella & Velkoff, 2001; WHO, 2007) poderá também constituir um aspeto importante nas diferenças que podem ser encontradas entre homens e mulheres idosos. Os homens na quarta idade são os sobreviventes de um processo de seletividade regressiva no que respeita à sua mortalidade, apresentando-se como um grupo mais selecionado em comparação com as mulheres (Smith & Baltes, 1998). Para além disso, a maior parte das mulheres tiveram de se deparar com a perda dos seus companheiros, sendo, por isso, mais suscetíveis de apresentar sintomas depressivos ou sentimentos de tristeza e isolamento, o que poderá afetar negativamente o seu bem-estar (Smith & Baltes, 1998). Esta diferença na esperança de vida entre homens e mulheres faz com que, muitas vezes, os homens quando ficam doentes tenham o apoio e a companhia das mulheres, enquanto que as mulheres têm de enfrentar estes problemas sozinhas.

Apesar desta diferença em relação ao tempo de vida, as mulheres parecem apresentar mais doenças (multimorbilidade) do que os homens (Smith & Baltes, 1998). Em relação à saúde mental, alguns estudos apontam para uma maior deterioração cognitiva e demência em mulheres idosas do que nos homens e para um melhor funcionamento cognitivo nos homens. No entanto, estes resultados parecem dever-se mais à maior longevidade das mulheres do que a diferenças de género (Baltes, Freund,

et al., 1999). Smith e Baltes (1998) não encontraram diferenças entre géneros no *follow up* do seu estudo, com exceção da capacidade mnésica, em que as mulheres apresentavam melhores resultados.

Por outro lado, Sinnot e Shifren (2001) referem que se tomarmos como ponto de partida a teoria de desenvolvimento de Erickson, a partir da terceira idade, os idosos vão orientar as suas energias para os conflitos entre generatividade e estagnação, e entre a integridade e o desespero. Como tal, nesta altura os idosos procuram criar um sentido para a suas vidas, conscientes que o final da vida pode estar perto, voltando-se mais para si, para o desenvolvimento da sabedoria e mais focados na espiritualidade, ao mesmo tempo que têm de lidar com mudanças físicas, não estando por isso tão preocupados com questões mais superficiais, como papéis sexuais.

O facto de os homens estarem em minoria em idades mais avançadas, faz com que a maioria dos estudos que impliquem a avaliação de diferenças de género sejam realizados com populações mais jovens, havendo por isso poucos estudos que comparem homens e mulheres na quarta idade.

Esta breve exposição acerca do envelhecimento, com enfoque na influência que a idade, o estatuto residencial e o género têm, permite compreender melhor a heterogeneidade que caracteriza esta fase de desenvolvimento. Ainda assim, os aspetos sociodemográficos apenas explicam uma parte desta variabilidade, fazendo por isso sentido perceber que outros fatores poderão influenciar uma adaptação bem-sucedida ao envelhecimento e o que isto implica.

2. O envelhecimento bem-sucedido

Já em 44 D.C., Cícero (2009) descreve o envelhecimento como uma fase de mudanças positivas e de produtividade, e não apenas como uma fase de perdas e declínio, como durante muitos anos de tempos mais recentes, se caracterizou esta fase desenvolvimental. De acordo com as perspetivas mais clássicas, o envelhecimento está muitas vezes associado a uma fase de declínio no ciclo de vida, caracterizada genericamente como uma fase de perdas. No entanto, ao longo do tempo, estas conceções foram sendo postas em causa pelos resultados da investigação. Efetivamente, a evolução científica e tecnológica, nomeadamente no domínio da medicina, tem vindo a refletir-se no aumento da esperança média de vida (INE, 2012) o que, consequentemente, se tem traduzido em novos desafios para a sociedade, visto que é necessário dar resposta às necessidades de uma população envelhecida. Assim sendo, o bem-estar e a qualidade de vida do idoso passam a assumir-se como aspetos prioritários quando se aborda a temática do envelhecimento. De facto, sabe-se hoje que este processo não é apenas condicionado por aspetos de natureza interna, biológica ou cronológica, sendo largamente influenciado pelo contexto socio-histórico e pelas experiências que os indivíduos vão tendo ao longo da sua vida (Baltes, 1987, 1997; Fonseca, 2005).

O conceito de envelhecimento bem-sucedido surgiu nos anos de 1960 e vem opor-se à ideia que o envelhecimento resulta de inevitabilidade de processos de perda e declínio. Pelo contrário, referia-se quer à capacidade de adaptação às alterações relacionadas com o envelhecimento, quer ao estabelecimento de um equilíbrio entre as capacidades do idoso e as exigências do meio (Fonseca, 2005). Começaram, assim, a surgir estudos que se debruçaram sobre padrões de envelhecimento e de como as condições de vida poderiam contribuir para um envelhecimento satisfatório (Cerrato & Trocóniz, 1998). No entanto, nesta altura a investigação centrava-se mais em caracterizar

o envelhecimento dito “normal” do que em explorar a razão que leva algumas pessoas a envelhecer com sucesso. Apenas nos anos de 1980 é que surge uma mudança no objeto de estudo e as atenções passam a estar focadas no envelhecimento bem-sucedido (Cerrato & Trocóniz, 1998). Desde então, têm sido apresentados vários modelos para explicar o sucesso no envelhecimento (e.g., Amado, 2008; Rowe & Kahne, 1997; Schulz & Heckhausen, 1996), mas trata-se de um construto complexo, sendo, no entanto, claro que devem ser considerados critérios quantitativos, qualitativos, subjetivos e objetivos para o estudar (Cerrato & Trocóniz, 1998).

Os modelos de sucesso no envelhecimento estão, muitas vezes, associados a variáveis como uma boa saúde e bom nível de funcionalidade física e cognitiva, AP e participação na vida social (Fernández-Ballesteros, 2008), e baseiam-se em capacidades reativas e proativas que permitem aos idosos responder de forma resiliente e adaptativa às mudanças que surgem na idade avançada (Featherman, Smith, & Peterson, 1990). Assim sendo, trata-se de um processo e não de um estado ou traço, que realça a inteligência humana e a capacidade de tomar iniciativa, de expressão e de expansão (Fearherman et al., 1990). Baltes e Baltes (1990) também referem que uma atitude otimista em relação ao envelhecimento pode constituir uma influência positiva. A velhice bem-sucedida está associada a três condições, em que a primeira se relaciona com a reduzida probabilidade de doenças, a segunda se refere à manutenção de um elevado nível de funcionalidade relativamente a capacidades físicas e cognitivas e a terceira tem a ver com a manutenção da participação social e do BES (Fontaine, 2000).

Segundo Flood (2003) a definição de sucesso no envelhecimento deve ser multidimensional e deve integrar aspetos relacionados com a integração das dimensões física, mental e espiritual. Assim, o envelhecimento bem-sucedido foi definido, por esta autora, como a perceção e capacidade do idoso para se adaptar e lidar com mudanças

associadas à idade, possuindo simultaneamente um sentido para a sua vida. No mesmo sentido, Inui (2003) considera que o envelhecimento bem-sucedido implica um nível razoável de bem-estar em várias áreas (mental, física, social, espiritual e económica) que permitam uma adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida. De acordo com esta perspectiva biopsicossocial, é expectável que o impacto de cada uma destas áreas seja diferente para cada idoso e para cada situação. Além disso, a saúde e os seus determinantes são necessários para atingir um envelhecimento de sucesso.

De um modo geral, as diferentes teorias de envelhecimento bem-sucedido consideram os idosos como indivíduos pró-ativos, orientando a sua ação para atingir os seus objetivos pessoais, apoiando-se em recursos que os permita adaptarem-se com sucesso às mudanças que surgem com a idade e preservando o seu bem-estar (Fonseca, 2005). Neste contexto, a **Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005)**, assumindo que o envelhecimento deve ser caracterizado de uma forma positiva, tem proposto uma série de recomendações com o intuito de promover o envelhecimento ativo, que se baseiam na autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de uma vida saudável.

2.1. Teorias de adaptação ao envelhecimento

Em oposição à ideia de que o envelhecimento se caracteriza por um desligamento progressivo em relação às várias dimensões da vida, defendida no âmbito da teoria do desligamento (Cumming & Henry, 1961), surge a teoria da atividade, onde a relação entre atividade e satisfação é vista como requisito importante para o envelhecimento bem-sucedido (Neugarten, Havughurst, & Tobin, in Papalia et al., 2009). Outros autores particularizam a importância da realização de atividades produtivas e que sejam reconhecidas como úteis para a saúde, funcionalidade e sobrevivência dos idosos, ou seja, a produtividade é vista como a chave de um envelhecimento de sucesso (Gruenewald, Karlamangla, Greendale, Singer, & Seeman, 2007).

Contrariamente a esta ideia de envelhecimento ativo e de que o sucesso de envelhecimento resulta da atividade, Carstensen (1995; Löckenhoff & Carstensen, 2004) defendem, através da teoria de seleção socioemocional, que os idosos reorganizam os seus objetivos e dão prioridade àqueles que têm significado emocional. Neste sentido, os idosos diminuem o seu envolvimento emocional com o mundo, focando-se em relações que lhes são significativas e gratificantes, investindo mais em amigos e familiares do que em relações novas ou superficiais. Trata-se assim de uma estratégia adaptativa que permite regular as emoções, ao controlar a sua frequência e qualidade, favorecendo assim um envelhecimento bem-sucedido, em vez de contribuir para o isolamento, afastamento ou declínio. Assim sendo, a atividade poderá não ser para todos sinónimo de bem-estar.

Por outro lado, Weiss & Lang (2012) demonstraram que os idosos, perante contextos caracterizados por estereótipos negativos em relação aos idosos, usam mecanismos de defesa para proteger o seu autoconceito, deixando de se identificar com o seu grupo de idade e assumindo uma idade subjetiva inferior à cronológica, ou seja, quando a velhice está associada a perdas ou declínio, os idosos respondem a isto distanciando-se da sua faixa etária. Smith e Baltes (1999), verificaram uma tendência para os idosos se descreverem doze anos mais novos em relação à sua idade atual, o que, segundo os autores, não está relacionado com o medo ou negação em relação ao envelhecimento, mas sim com a expressão de uma autoimagem positiva.

Entretanto, Brandtstadter e Greve (1994) apresentam uma teoria de adaptação ao envelhecimento que se baseia no controlo do ambiente através de mecanismos de assimilação e acomodação. A assimilação consiste na modificação do ambiente de acordo com o projeto, objetivos e expectativas do indivíduo. A assimilação pode ser de três tipos. Um deles refere-se a atividades instrumentais e corretivas que permitem

atingir os objetivos desejados através da promoção do *self* ou da alteração de comportamentos que sejam impeditivos desses objetivos. Outro tipo caracteriza-se por atividades compensatórias, que permitem ao idoso compensar as consequências das perdas, mantendo assim os seus objetivos. O terceiro são as atividades confirmatórias que procuram a validação externa do *self*.

Quando os constrangimentos provenientes da idade são demasiado fortes, o idoso poderá ser obrigado a optar por estratégias de acomodação, que implicam a reorganização da sua hierarquia de objetivos, de forma a poder alcançá-los. A acomodação pode ser de três tipos. O primeiro refere-se ao desligamento de objetivos inatingíveis, perante a impossibilidade de alcançar determinados objetivos. Outro tipo é o ajustamento de aspirações pessoais e autoavaliação perante os recursos que o indivíduo possui e os constrangimentos presentes. O último relaciona-se com a comparação com idosos de mesma idade ou mais velhos, de forma a poder valorizar-se, não prejudicando a avaliação do seu *self*.

Os autores referem que o aspeto central nestas estratégias de assimilação e acomodação prende-se com a flexibilidade de adaptação de objetivos e de expectativas de acordo com o contexto específico em que o indivíduo se encontra. No entanto, Coleman e O'Hanlon (2004) apontam o facto deste modelo não ser muito específico acerca dos mecanismos utilizados, não explicando assim a razão de algumas pessoas responderem bem ao envelhecimento, enquanto outras não.

De acordo com Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento bem-sucedido deve ser considerado de acordo com vários princípios que serão apresentados em seguida. O primeiro caracteriza o processo de envelhecimento mediante três formas que apresentam diferenças substanciais entre si: a velhice normal (em que não está presente nenhuma patologia), a velhice patológica (quando está presente uma patologia/doença) ou uma

velhice ótima (quando estão reunidas condições para o desenvolvimento psicológico). De acordo com o segundo princípio, existe uma grande variabilidade interindividual em várias dimensões do funcionamento humano, sendo que estas diferenças vão sendo cada vez mais evidentes à medida que a idade avança. Segundo estes autores esta heterogeneidade deve-se não só a fatores genéticos, mas também a fatores ambientais, estilos de vida adotados, entre outros. O terceiro princípio refere-se ao facto de todas as pessoas (jovens e idosos) possuírem uma certa plasticidade cognitiva que permite que as suas capacidades de reserva possam ser ativadas através de aprendizagens, estimulação e treino cognitivo. Segundo o quarto princípio, com o envelhecimento a capacidade de adaptação às perdas poderá atingir um limite, havendo um predomínio de perdas relativamente aos ganhos. O quinto princípio está relacionado com o facto das aprendizagens e experiências anteriores poderem compensar algumas perdas (a inteligência cristalizada pode compensar o declínio na inteligência fluida). Assim, existe uma reserva cognitiva que permite aos idosos continuarem a apresentar um bom nível de funcionamento cognitivo, sendo que o recurso à cultura e à tecnologia pode ter um papel importante na compensação das perdas. O sexto princípio mostra que a capacidade de adaptação não é ilimitada, pelo que, a partir de certa altura, o balanço entre ganhos e perdas torna-se menos positivo. Por último, o sétimo princípio refere-se à presença de uma capacidade de resiliência nos indivíduos que lhes permite manter uma avaliação positiva acerca de si, das suas competências, da sua vida. Isto pode dever-se a fenómenos de comparação social e à sua capacidade para compensar perdas, através da adoção de mecanismos de *coping*, como o treino de competências, da alteração do ambiente, ou da alteração de objetivos.

Shultz & Heckausen (1996) concetualizam um modelo de desenvolvimento bem-sucedido que considera o controlo como algo essencial no desenvolvimento

humano ao longo de todo o ciclo de vida. Este modelo baseia-se em alguns pressupostos: a vida é finita, havendo por isso um limite de tempo para viver a vida e, portanto, isso deve influenciar as decisões; o desenvolvimento biológico segue um determinado padrão; a sociedade impõe determinados constrangimentos etários ao desenvolvimento que criam uma estrutura ao nível individual e social; o potencial genético influencia a capacidade de atingir um dado nível de funcionamento numa área específica. De acordo com estes pressupostos, estes autores referem quatro princípios que permitem atingir um desenvolvimento de sucesso. O primeiro refere-se a diversidade de oportunidades em vários domínios. O segundo princípio considera que deve haver uma seleção de investimentos em recursos que permitem que o desenvolvimento concilie o potencial genético com oportunidades socioculturais. O terceiro baseia-se na ideia de que o indivíduo deve compensar as falhas e perdas que surgem com o envelhecimento, permitindo assim atingir os seus objetivos. Por último, o quarto princípio consiste na gestão de escolhas, tendo a noção de que investir num determinado domínio, implica ter que abdicar de outros.

Assim, esta teoria tem como aspeto central a capacidade de ter controlo, distinguindo assim dois tipos: o controlo primário, no qual existe uma intervenção direta sobre o ambiente, e o controlo secundário, que implica uma intervenção do indivíduo sobre si mesmo. O controlo primário é preferível, visto que permite ao indivíduo uma exploração e modificação do ambiente, potenciando mais a sua adaptação. No entanto, a partir da meia-idade, surge uma maior necessidade de recorrer a estratégias de controlo secundário, visto que as estratégias de controlo sobre o ambiente começam a falhar. Ao longo do desenvolvimento as estratégias de controlo primário e secundário vão sendo utilizadas de forma articulada, de modo a permitir a otimização do desenvolvimento através da seleção de processos e da compensação das perdas.

Concluída esta revisão de teorias sobre a adaptação ao envelhecimento, é importante ter em atenção que ao considerar a experiência de envelhecimento bem-sucedido é necessário algum cuidado, na medida em que deve ser tido em conta a percepção dos próprios idosos e a sua especificidade (Lima, Silva, & Galhardoni, 2008). Apesar de haver uma tendência para falar das pessoas idosas como um grupo homogéneo, os efeitos do envelhecimento são bastante heterogéneos e envolvem uma série de variáveis biopsicossociais. Por outro lado, não podemos considerar uma única forma de envelhecer com sucesso, visto que percursos diferentes podem gerar níveis idênticos de satisfação e de sucesso (Fonseca, 2006). Assim sendo, deve haver alguma prudência em não criar fórmulas generalistas que ignorem formas individuais e idiossincráticas de ser e de envelhecer (Amado & Diniz, 2011, Fonseca, 2005).

3. Seleção, otimização e compensação (SOC)

3.1. Arquitetura da ontogenia humana

O desenvolvimento humano resulta de mudanças qualitativas e quantitativas ao longo do ciclo de vida, podendo estas mudanças ocorrer em qualquer altura da vida e em múltiplas direções, traduzindo-se no reconhecimento do aumento das diferenças entre os indivíduos, que surgem com o passar dos anos. Além de multidirecional, a mudança também é multidimensional, uma vez que abrange diversas dimensões do funcionamento humano (biológico, cognitivo, emocional, organizacional, interpessoal e cultural) que interagem para transmitir direção, força e substância ao desenvolvimento. Este é o ponto de partida da concetualização de Baltes (1987), que encara o desenvolvimento humano com base em processos de crescimento (ganhos) e de declínio (perdas). De acordo com esta perspetiva, está inerente ao desenvolvimento a aquisição de novas capacidades de adaptação, assim como a perda de capacidades adquiridas. Por outro lado, segundo esta visão, o envelhecimento deixa de ser visto apenas como uma fase de declínio, havendo oportunidade para a ocorrência de ganhos. No entanto, a proporção do total de ganhos e de perdas em relação à capacidade de adaptação, vai sofrendo alterações na sua proporção à medida que a idade avança.

De acordo com este *ratio* entre as perdas e os ganhos, Baltes (1997) apresenta uma arquitetura incompleta da ontogenia humana com base em três princípios. O primeiro refere-se à presença de uma relação negativa entre a idade e os benefícios da evolução, havendo sempre uma seleção no sentido dos genes que favoreçam a reprodução. Assim após a fase de reprodução, a capacidade da seleção para alcançar benefícios diminui, ou seja o mecanismo biológico e genético vai sofrendo degenerações que vão afetando o nível de funcionalidade. O segundo remete para a importância dos recursos culturais (que integram recursos sociais, psicológicos,

materiais e simbólicos) no desenvolvimento, que foram criados e transmitidos ao longo de gerações. Estes recursos permitem regular o impacto das perdas físicas e mentais e manter elevados níveis de funcionalidade. Por esta razão, verifica-se uma diminuição do impacto do envelhecimento em idosos que se encontram em meios enriquecidos e estimulantes (Baltes & Singer, 2001). Assim, quanto mais velhas as pessoas forem, maior necessidade têm de recorrer a este tipo de recursos de compensação, para manter elevados níveis de funcionamento. Por último, o terceiro princípio assenta na ideia de que, à medida que a idade vai avançando, os recursos culturais deixam de conseguir compensar as perdas. Este mecanismo compensatório perde eficácia, visto que as perdas começam a ser cada vez maiores e irreversíveis, não sendo possível evitá-las pelo recurso a fatores culturais (Baltes & Smith, 2003). A redução do nível de plasticidade com o avançar da idade impede os idosos de alcançarem os mesmos níveis de funcionalidade que o adultos mais novos, mesmo depois de um grande treino.

3.2. A metateoria de SOC

Baltes e Baltes (1990) elaboraram um modelo de envelhecimento bem-sucedido baseado na maximização dos ganhos e na minimização das perdas, através de comportamentos SOC, que permitem uma adaptação face às limitações inerentes ao processo de envelhecimento, permitindo desta forma contrariar a arquitetura incompleta do desenvolvimento humano descrita anteriormente. Assim, a coordenação entre estes processos, poderá resultar na manutenção de um elevado nível de funcionalidade e de um sentimento de autoeficácia, bem como num sentimento de envelhecimento bem-sucedido. No entanto, estes autores consideram que estas estratégias não se cingem unicamente à fase de envelhecimento, mas que se estendem a todo o desenvolvimento, desde o nascimento. Ao longo da vida, as pessoas vão encontrando oportunidades e limitações nos recursos, que podem ser usados de forma adaptativa através da

combinação de comportamentos SOC. Estes comportamentos serão apresentados em seguida, de acordo com Baltes (1997) e Freund e Baltes (1998).

Seleção. O desenvolvimento decorre sempre em condições em que estão presentes constrangimentos temporais e recursos disponíveis, bem como uma grande variedade de objetivos, sendo necessário haver uma seleção de alguns, pois seria impossível alcançá-los a todos. A seleção de objetivos pessoais irá configurar uma determinada direção ao desenvolvimento. Acresce ainda o facto de a seleção ser condicionada pela relação que existe entre a idade e a plasticidade, ou seja, à medida que a idade avança e as perdas vão sendo maiores, aumenta a necessidade de seleção. Podem ser identificados dois tipos de seleção: a seleção eletiva (SE) e a seleção baseada em perdas (SBP). A SE consiste na seleção a partir de um conjunto de possibilidades de desenvolvimento, com base em critérios de interesse pessoal (i.e., o idoso escolhe os seus objetivos com base no que mais gosta). A SBP surge como resposta a perdas, como é o caso do envelhecimento (i.e., o idoso escolhe os seus objetivos com base no que considera ainda ser capaz de fazer). Verifica-se, assim, uma necessidade de reestruturar a priorização de objetivos, abdicando daqueles que não são tão importantes, ou procurando novos objetivos passíveis de serem alcançados.

Otimização. O desenvolvimento consiste no investimento e afinação, através do treino ou exercício, de recursos internos ou externos, permitindo alcançar níveis elevados de funcionamento nos domínios (objetivos) seleccionados. Isto implica a presença de determinados comportamentos ou condições que promovam esta evolução (e.g., cultura, estado físico, esforço). Estes elementos poderão ser mais ou menos relevantes de acordo com a fase de desenvolvimento.

Compensação. Perante a incapacidade de alcançar determinados objetivos, devido a perdas diretas, ou devido a transferências negativas (e.g., incompatibilidade

entre objetivos) ou, ainda, devido a limitações no tempo e na energia, torna-se necessário contrariar essas perdas através de processos de substituição, de forma a manter um determinado nível de funcionamento (e.g., bengalas, aparelhos auditivos).

O mecanismo SOC consiste num conjunto de processos que está dependente do contexto sociocultural, dos recursos individuais e das prioridades pessoais, podendo ser aplicado de diversas formas e com diferentes significados (Freund & Baltes, 2002).

Freund e Baltes (1998) verificaram que os comportamentos SOC estão relacionados com indicadores subjetivos globais de envelhecimento bem-sucedido. Assim, o desenvolvimento bem-sucedido resulta na seleção de objetivos funcionais, otimizando o potencial individual (maximização dos ganhos) e compensando as perdas, assegurando a manutenção do funcionamento (minimização das perdas).

3.3. Idade e SOC

Segundo vários estudos, em todas as idades o uso de comportamentos SOC parece estar associado a indicadores de personalidade, gestão de vida e desenvolvimento bem-sucedido, como é o exemplo de aspetos relativos ao funcionamento psicológico positivo, bem-estar emocional e SV (Baltes et al., 2005; Freund & Baltes, 1998, 2002; Jopp & Smith, 2006). Jopp e Smith (2006) num estudo com idosos, com idades entre os 71 e os 91 anos, também verificaram efeitos positivos no uso de comportamentos SOC nos dois grupos etários por eles considerados (terceira e quarta idade).

Ao longo das diferentes idades será expectável que as pessoas recorram a combinações diferentes de comportamentos SOC. Parece haver uma tendência para um maior uso de comportamentos SOC em adultos da meia-idade, comparativamente com os mais novos ou com os mais velhos (Freund & Baltes, 1998, 2002). A partir da quarta idade, a diminuição de plasticidade e os constrangimentos físicos e biológicos, levam à

diminuição de recursos, e por conseguinte, os idosos deixam de conseguir compensar as perdas com recurso a estes mecanismos de adaptação (Baltes, 1997).

Baltes et al. (2005) ao analisarem os diferentes comportamentos SOC em diferentes idades, verificaram que os adultos de meia-idade (com idades entre os 43 e os 67 anos) recorrem mais a comportamentos de otimização, de compensação e de seleção baseada em perdas, do que os adultos mais velhos (com idades entre os 67 e os 89 anos), ou do que os jovens adultos (com idades entre os 18 e os 43 anos). Estes autores interpretam estes resultados, admitindo que os mais jovens têm necessidade de explorar diferentes caminhos em vários domínios da vida de forma a selecionarem o seu sentido de vida (e.g., escolher uma profissão), tendo também de utilizar recursos internos para isso. No caso da maioria dos adultos de meia-idade, já houve uma seleção e definição de objetivos, o que faz com que a sua preocupação seja a afinação e a utilização eficiente de recursos para obtenção dos seus objetivos. À medida que os recursos internos vão ficando comprometidos (e.g., perda de audição) os comportamentos de otimização vão sendo limitados, sendo necessário contrariar estas perdas com comportamentos de seleção baseada em perdas, de seleção eletiva e de compensação.

Freund (in Baltes et al., 2005) refere que os jovens adultos são mais persistentes em alcançar elevados níveis de funcionamento do em contrariar perdas. Contrariamente, os adultos mais velhos mostram maior persistência quando estão envolvidos na compensação do que quando querem melhorar o seu funcionamento. Estes resultados sugerem uma maior preocupação dos jovens para o crescimento e para a obtenção de ganhos e uma maior preocupação dos idosos em manter os seus objetivos.

Freund e Baltes (1998) verificaram, em idosos, que os mecanismos de otimização e de compensação, bem como a conjugação dos quatro mecanismos SOC, apresentam maior relação com indicadores subjetivos de envelhecimento bem-sucedido

do que os mecanismos de seleção. No entanto, quando comparadas a otimização com a compensação, a primeira mostra ter maior importância do que a última. Os autores interpretam estes resultados considerando que os comportamentos de otimização encontram-se mais próximas do conceito de plasticidade. Ou seja, os idosos enquanto possuem plasticidade não vão alterar os seus objetivos, garantindo o mesmo nível de funcionalidade através da otimização. Apenas numa situação de declínio, em que as perdas se tornam permanentes, é que optam pela compensação. Ainda assim, verificou-se um declínio no uso destes dois comportamentos com o aumento da idade.

3.4. Breve reflexão

Os comportamentos SOC surgem como uma forma de maximizar ganhos e minimizar perdas, permitindo que ao longo da vida as pessoas possam encontrar oportunidades e limitações nos recursos e fazer uma gestão otimizada destes, promovendo a sua adaptação bem-sucedida (Baltes & Baltes, 1990). Como foi possível constatar, ao longo das várias idades, de acordo com as necessidades de cada um, as pessoas recorrem a combinações diferentes destes comportamentos. Especificamente no caso dos idosos, estes comportamentos assumem uma particular relevância, visto que a adoção de comportamentos SOC está associada a melhores níveis de funcionamento em indicadores subjetivos de envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente ao nível do BES (Freund & Baltes, 1998, 2002). No entanto, importa ainda referir que no caso dos idosos da quarta idade, o aumento de limitações físicas e biológicas, bem como a diminuição ao nível da plasticidade, traduz-se numa incapacidade em contrariar as perdas através destes mecanismos (Freund & Baltes, 1998, 2002). Em suma, uma vez que os comportamentos SOC estão associados ao BES, faz sentido compreender melhor estes fenómenos e que outros fatores poderão estar na origem de um elevado nível de BES.

4. Bem-estar subjetivo (BES)

O facto do BES ter sido abordado ao longo do tempo por várias áreas de investigação (e.g., sociologia, filosofia), e com base em diferentes tradições teóricas, fez com que este conceito tenha sido avaliado e estudado de diversas formas, havendo uma dispersão em termos da sua definição e medida (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Há um grande número de palavras usadas como suporte para quando se pretende falar de uma “vida boa”, por exemplo, bem-estar, felicidade e qualidade de vida, resultando no uso destes diferentes termos para o mesmo significado e na existência de pouco consenso em relação aos seus significados, daí resultando uma certa divergência concetual, que torna difícil definir e operacionalizar estes construtos (Veehnoven, 2000).

Com o intuito de diferenciar estes conceitos, Diener (2006) refere que o termo felicidade pode ter vários significados, podendo referir-se ao ânimo geral positivo, a uma avaliação global de SV, a viver uma boa vida, ou àquilo que faz com que as pessoas se sintam felizes. Define também qualidade de vida como o nível de vida, que se expressa de uma forma objetiva, visto que descreve as condições de vida de cada pessoa, dando ênfase a aspetos externos, como fatores ambientais ou o ordenado. Ou seja, a qualidade de vida refere-se a uma avaliação cognitiva do estado de vida de uma pessoa de acordo com determinados critérios (Efklides, Kalaitzidou, & Chankin, 2003). Contrariamente à qualidade de vida, o BES, em vez de descrever as condições de vida, procura descrever a reação das pessoas a determinadas circunstâncias que surgem nas suas vidas. Se inicialmente os sociólogos se preocupavam com critérios objetivos (e.g., crescimento económico, esperança de vida), cada vez mais têm deslocado a sua atenção para o que tem um impacto positivo no bem-estar e, por isso, para aspetos subjetivos (e.g., perceção de controlo, SV) (Fernández-Ballesteros, 1998). Entretanto, o termo qualidade de vida subjetiva aproxima-se da definição de BES, visto que contempla a

avaliação subjetiva que a própria pessoa faz da sua vida, de acordo com três critérios: SV, BES e ânimo (Efklides et al., 2003). Assim sendo, surgiram duas designações para o mesmo significado, em que o termo qualidade de vida subjetiva encontra-se mais associado à sociologia e à saúde e o termo BES mais associado à psicologia.

Stock, Okun e Benin (1986) referem que para o estudo do BES é importante uma definição precisa do construto, com base num quadro concetual específico e distinguindo-o de outros construtos psicológicos. Consideram ainda que as suas dimensões devem ser formuladas e enquadradas num determinado referencial teórico e que a investigação empírica deve mostrar a parcimónia da conceptualização. Com a revisão da literatura que em seguida é apresentada, pretende-se aprofundar melhor a evolução e definição do conceito de BES.

Durante muito tempo, a psicologia focou-se essencialmente no estudo e no tratamento da patologia e anomalia. No entanto, a partir de 1990 começa lenta e paulatinamente a surgir um interesse maior nas qualidades e nas competências de cada um e de que forma isso poderia promover bem-estar, felicidade e emoções positivas. Esta nova perspetiva, denominada de Psicologia Positiva (PP), procura compreender o que motiva a felicidade e o que contribui para uma vida melhor, focando-se na força e virtude dos indivíduos (Seligman & Csiksentmihalyi, 2000). O indivíduo é visto como alguém com capacidade de decisão e preferências e com poder e capacidade, mas que em situações adversas também pode ficar desamparado (Seligman & Csiksentmihalyi, 2000). A PP deriva da corrente humanista que, devido à falta de estudos empíricos, acabou por falhar. No entanto, contrariamente à corrente humanista, a psicologia positiva apostou na investigação, procurando adaptar métodos científicos ao comportamento humano, permitindo assim conhecer a sua complexidade (Seligman & Csiksentmihalyi, 2000). Assim, conceitos como otimismo, felicidade, emoções positivas

e BES começaram a mobilizar não só a comunidade científica como também toda a comunidade (Galinha & Ribeiro, 2005). Neste âmbito, surgem duas perspetivas acerca do BES, denominadas de eudaimónica e hedónica.

4.1. Perspetivas eudaimónica e hedónica

Eudaimonia, tem origem numa palavra grega a que foi atribuído, mais tarde, o significado de felicidade e que está relacionada com o *Daimon*, termo que se refere a algo ideal e perfeito, que acontece quando alguém se esforça e consegue atribuir uma direção e significado à sua vida. A base filosófica desta perspetiva é aristotélica e nela não há a preocupação com o estado subjetivo de bem-estar ou felicidade, baseando-se antes na ideia de que as pessoas devem atingir a autorrealização de acordo com os seus valores, de forma autónoma e de acordo com as suas capacidades (Ryff & Singer, 2008). Ou seja, nela valoriza-se o viver bem e fazer o bem, utilizando capacidades cognitivas e físicas em função das oportunidades do contexto. Cada indivíduo procura determinados objetivos que são significativos para si e, assim, conseguirá alcançar significado e crescimento pessoal (Fowers, Mollica, & Procacci, 2010). De acordo com esta perspetiva, a felicidade centra-se no que representa uma vida boa, fazendo a distinção entre felicidade como experimentação de prazer (hedónica) em oposição à felicidade como viver bem (eudaimónica).

O termo *hedonismo* é utilizado em diversos contextos e baseia-se na ideia de que uma vida boa deve ser uma vida agradável, em que o prazer tem um papel fundamental. Esta definição faz das pessoas hedónicas, pessoas positivas que tiram prazer das coisas sempre que têm oportunidade disso. De acordo com o hedonismo, o prazer é um sinal natural e que não deve ser negligenciado. Esta perspetiva gerou opiniões controversas, visto que alguns associam-na a bom gosto, arte de saber viver, e outros associam-na a superficialidade, irresponsabilidade e egoísmo (Veenhoven, 2003).

As concepções hedónica e eudaimónica distinguem-se por o seu estudo ter diferentes objetos de investigação. Enquanto na concepção hedónica, os estudos focam-se no resultado (*outcome*), ou seja na presença de AP e ausência de sofrimento, na eudaimónica focam-se no conteúdo da vida (*content*) e no processo (*process*) que está inerente ao viver bem (Ryan, Huta, & Deci, 2008; Deci & Ryan, 2008). Assim, os AP e o prazer estão correlacionados e são consequências de viver bem, ou seja, da eudaimonia (Ryan et al., 2008).

Dentro da perspetiva eudaimónica, surgem duas teorias. Uma delas parte de vários quadros conceptuais no âmbito do funcionamento positivo e é apresentada através de um modelo multidimensional de bem-estar psicológico, constituído por seis dimensões (Ryff, 1989; Ryff, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008). Estas dimensões incluem uma avaliação positiva de cada um e do seu passado (autoaceitação), um sentimento de crescimento e de desenvolvimento enquanto pessoa (crescimento pessoal), o sentimento de que a vida é importante e significativa (propósito de vida), o estabelecimento de relações significativas com outros (relações positivas com outros), a capacidade de controlo e de gestão da vida (mestria ambiental) e o sentimento de autodeterminação (autonomia). Para além de ter como base a perspetiva aristotélica, esta teoria parte do trabalho de psicólogos psicodinâmicos e humanistas como Jung (1933/2005), Maslow (1968), Allport (1961) e Rogers (1961).

A outra, é a teoria de autodeterminação (Ryan & Deci, 2000) e que se centra em três necessidades humanas: competência, pertença e autonomia. Segundo esta teoria, o bem-estar e desenvolvimento social depende da satisfação destas necessidades. Os indivíduos que conseguem preencher essas necessidades são considerados motivados intrinsecamente. Também são tidas em conta as motivações extrínsecas e a forma como são adotadas e utilizadas (Ryan et al., 2008).

Numa perspectiva hedónica, Diener (2000) considera o BES como um processo multidimensional que diz respeito à avaliação que as pessoas fazem da sua vida e que engloba uma dimensão afetiva e uma dimensão cognitiva. Os AP e os AN constituem os grandes fatores que integram a dimensão afetiva do BES (Watson, Clark, & Tellegen, 1998) e a SV representa a sua dimensão cognitiva (Pavot & Diener, 1993). Na perspectiva hedónica o bem-estar é definido como a presença de AP e ausência AN ao que se acrescenta, ainda, a presença da SV (Diener, Scollon, & Lucas, 2003; Pavot & Diener, 1993). Entretanto, estas afirmações mostram-se redutoras, atendendo à diversidade de teorias sobre o BES.

4.2. Teorias sobre o BES

4.2.1. Teorias topo-base e base-topo

Ao longo da história surgiram dois modelos causais acerca do BES, designados por processos base-topo (*bottom-up*) e topo-base (*top-down*) (Diener, 1984; Feist et al., 1995). Nas teorias base-topo considera-se que o BES e a felicidade global resultam da soma de vários momentos de bem-estar e satisfação vividos em vários domínios da vida (e.g., família, casamento, trabalho). Estas teorias baseiam-se na ideia que as pessoas têm determinadas necessidades básicas e ao satisfazê-las sentem-se felizes; por outro lado, a persistência de necessidades causa infelicidade (Wilson, 1967). Esta abordagem tem como base a filosofia atomista e reducionista de Locke, em que as experiências é que formam o indivíduo (Simões et al., 2000). No entanto, o fraco poder preditivo das variáveis sociodemográficas veio realçar as teorias topo-base.

As teorias topo-base assumem que as pessoas têm em si uma predisposição para interpretar de forma mais positiva ou negativa as suas experiências de vida. Segundo esta teoria, as pessoas não aceitam simplesmente as sensações que recebem, elas vão filtrá-las e selecioná-las de acordo com as suas atitudes e crenças (Feist et al., 1995).

Esta abordagem baseia-se numa filosofia do tipo kantiano, em que o indivíduo não tem um papel passivo, mas é capaz de organizar e interpretar as suas experiências (Simões et al., 2000).

4.2.2. Teorias baseadas na concretização de objetivos

Outras teorias, designadas de teorias télicas, explicam o BES com base na concretização de objetivos pessoais (Diener, 1984). Segundo estas teorias, o tipo de objetivos que cada um tem, a sua estrutura, o sucesso e o progresso para alcançar os objetivos reflete-se nas emoções e na SV, ou seja os progressos traduzem-se em sentimentos de satisfação (Diener, et al., 1999).

Vários autores têm estudado a influência que a presença de determinados recursos (e.g., ordenado, apoio familiar) têm no BES e verificaram que têm pouco poder preditivo (Campbel, Converse, & Rogers, 1976; Diener, Sandvik, Seidlitz, & Diener, 1993). Diener e Fujita (1995) tentaram perceber de que forma os objetivos pessoais podem influenciar o impacto que os recursos têm no BES e verificaram que os recursos pessoais (e.g., possuir autoconfiança) e sociais (e.g., ter uma relação de amor) têm maior impacto no BES do que recursos materiais (e.g., dinheiro). De um modo geral os recursos materiais apresentam maior valor preditivo em relação à SV do que em relação à componente afetiva do BES. Estes autores referem que o baixo poder preditivo dos recursos materiais, prende-se com o facto de estes terem importância diferente para as pessoas de acordo com as suas necessidades, valores e objetivos, ou seja, em diferentes contextos os mesmos recursos poderão ter impactos diferentes no BES. Se em sociedade mais desenvolvidas o salário pode ter pouca influência no BES (Diener et al., 1993), visto que as pessoas já têm asseguradas as suas necessidades básicas, em sociedades mais pobres, não se verifica o mesmo (Veenhoven, 1991).

Assim sendo, as pessoas que possuem mais recursos relacionados com os seus objetivos, apresentam um BES elevado. Por conseguinte, uma adaptação bem-sucedida depende da seleção de objetivos, de acordo com os seus recursos e, da mesma forma, alguém com um BES elevado pode ser mais capaz de promover recursos que lhe permitam alcançar os seus objetivos. Esta perspetiva concilia os dois modelos de topo-base e base-topo já apresentados (Diener, 1984).

A fraca relação existente entre o dinheiro e o bem-estar tem levado a que mesmo os economistas (Frey & Stutzer, 2002) optem pela utilização de indicadores nacionais de bem-estar na tomada de decisões políticas, em vez de indicadores económicos, principalmente no caso de países desenvolvidos (e.g., *Eurobarometro*, o *German Socio-Economic Panel*). Diener (2006) reforça esta ideia, dizendo que as medidas de BES podem fornecer dados importantes para as discussões sobre as políticas nacionais e para a avaliação dos resultados das políticas de intervenção e considerando que deveria haver um interesse no BES não só pelo valor que tem para os cidadãos, mas também porque o nível de BES elevado dos indivíduos trará benefícios para toda sociedade.

4.2.3. Teorias de padrões relativos

Outras teorias explicam o baixo poder preditivo de variáveis sociodemográficas, baseando-se na capacidade que os sujeitos apresentam para se adaptar aos recursos que possuem. Segundo a teoria da regulação hedónica (*hedonic treadmill*) (Brickman & Campbell, 1971), existem mecanismos de adaptação que regulam o nível de felicidade ajustando o sistema emocional dos indivíduos à situação atual. Brickman, Coates e Janoff-Bulman (1978) compararam, passado um ano, os níveis de felicidade de pessoas que ganharam a lotaria, de pessoas que tiveram acidentes, tornando-se paraplégicas, e de pessoas em nenhuma destas situações (grupo de controlo), tendo verificado que as pessoas que ganharam a lotaria, apesar de terem ficado mais felizes no momento em que

ganharam, mostravam, passado um ano, o mesmo nível de felicidade do que o grupo de controlo. Os indivíduos paraplégicos sentiram-se no momento do acidente mais infelizes, no entanto, passado um ano, tinha havido uma adaptação no seu nível de felicidade. Apesar de se manterem diferenças em relação ao grupo de controlo, estas eram menores. Estes resultados sugerem que o processo de adaptação leva a que as pessoas tendem a regular o nível de felicidade para um estado mais neutro. Apesar das pessoas reagirem às situações positivas ou negativas, passado algum tempo têm tendência a adaptar-se, voltando a ter o seu nível de felicidade original (Brickman & Campbell, 1971). Suh, Diener e Fujita (1996) também verificaram que situações marcantes (e.g., ser promovido ou despedido) deixam de ter impacto ao nível do BES em menos de três meses.

Apesar desta capacidade de adaptação, parece que as pessoas não conseguem adaptar-se a todas as circunstâncias, mesmo passados alguns anos (Diener, 2000). Os valores e objetivos pessoais parecem estar relacionados com a forma como as situações são percecionadas e, por conseguinte, a alteração de objetivos poderá constituir uma componente importante no processo de adaptação (Diener, 2000).

Diener e Diener (1996), verificaram que as pessoas têm tendência para apresentar uma maior predominância de afetos e cognições positivas, mesmo quando se trata de pessoas com deficiência física que necessitam de cadeiras de rodas. Estes autores apresentam várias explicações para estes resultados, referindo a capacidade de ajustamento de objetivos pessoais à realidade. Também consideram a possibilidade de o nível base para os afetos ser positivo, em vez de neutro ou negativo. Referem ainda que para que as pessoas se sintam motivadas para agir não podem apresentar constantemente estados negativos e que esta necessidade leva a que as pessoas experienciem estados mais positivos.

Ainda no âmbito das teorias de adaptação, Parducci (1995) considera que experiências que despertam um grande prazer, acabam por trazer desvantagens, visto que ao serem comparadas com outras experiências positivas ou médias, tornam a avaliação destas últimas menos positiva.

Por seu lado, na teoria de discrepância múltipla (Michalos, 1985) considera-se que o BES resulta da avaliação que cada um faz ao comparar-se com padrões múltiplos. Ou seja, cada sujeito compara-se com outras pessoas, com o que teve no passado, com as suas expectativas e aspirações, necessidades e objetivos. Se a comparação comprovar uma avaliação positiva do seu estado, ou seja, se o sujeito considerar que está melhor em relação ao seu ponto de comparação, então irá sentir satisfação. Se pelo contrário, a avaliação for negativa, considerando que está pior, então poderá sentir insatisfação.

Segundo os modelos de comparação social, as pessoas sentem-se mais felizes quando estão perante pessoas que se encontram pior e sentem-se menos felizes quando estão com pessoas que se sentem melhor (Diener & Fujita, 1997). No entanto, este processo de comparação parece ser mais complexo, dependendo do tipo de informação usada e de como é usada. Da mesma forma, o tipo de reação à comparação social também envolve uma série de respostas afetivas, cognitivas e comportamentais, que não se limitam apenas ao contraste entre a pessoa e os outros (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Assim sendo, a comparação com alguém que está numa situação melhor, tanto pode gerar insatisfação e inveja, como pode gerar sentimentos de esperança (Pelham & Wachsmuth, 1995).

Por último, alguns autores, baseando-se em estudos empíricos que apontam para uma estabilidade no BES, defendem que a felicidade é um traço de personalidade (Costa, McCrae, & Zonderman, 1987). No entanto, Veenhoven (1998) contesta esta ideia referindo que a felicidade apresenta-se estável a curto prazo, mas que essa

estabilidade não se verifica a longo prazo, nem de forma absoluta; que a felicidade é influenciada por fatores externos como dinheiro e por adversidades; e, que apenas uma pequena parte da felicidade é explicada por fatores psicológicos e genéticos.

Esta revisão de teorias acerca do BES, permite compreender a complexidade deste fenómeno. O presente trabalho irá focar-se no âmbito da perspetiva hedónica, em que o BES se define como a presença de AP e ausência de AN e por uma avaliação positiva da SV. Faz então sentido refletir acerca da dimensionalidade do BES através da exposição de diferentes posições que defendem a independência versus bipolaridade dos afetos positivos e negativos.

4.3. Dimensionalidade do BES

Apesar da dificuldade na definição de BES, foi-se chegando a um consenso, sendo um conceito, como já foi referido, constituído por uma dimensão cognitiva, traduzida em termos de SV (Pavot & Diener, 1993) e uma dimensão emocional, traduzida em AP e AN (Watson, Clark, & Tellegen, 1998). A afetividade positiva traduz-se na tendência para experimentar sentimentos e emoções agradáveis e a afetividade negativa traduz-se na disposição para experimentar sentimentos e emoções desagradáveis. A SV refere-se ao juízo, à avaliação cognitiva, que cada um faz acerca da sua vida, de uma forma global, cujos critérios de apreciação dependem da própria pessoa (Pavot & Diener, 1993). Isto significa que o indivíduo deverá fazer uma reflexão desde o momento em que nasceu, integrando as diversas áreas da sua vida (Diener, 2006). Diener, Scollon e Lucas (2003) concluem que a avaliação que os sujeitos fazem acerca da SV baseia-se na informação que lhes está disponível nesse momento, podendo assim alguns aspetos irrelevantes que influenciam o estado de ânimo interferir nesta apreciação. No entanto, a maior parte desta informação permanece estável, pelo facto de se tratar de algo extremamente importante para a vida dos sujeitos.

Um dos instrumentos mais utilizados para medir a SV é a *Satisfaction With Life Scale* (SWLS: Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), que assenta numa avaliação global e não em domínios específicos, visto que cada pessoa poderá considerar diferentes áreas da sua vida de acordo com os seus valores e objetivos. Outro instrumento é o *LSI-A* (Neugarten et al., 1961) que é constituído por cinco fatores: prazer/entusiasmo *versus* apatia nas atividades do dia-a-dia (prazer); olhar a vida como fazendo sentido aceitá-la resolutamente (sentido e aceitação); congruência entre os objetivos desejados e atingidos (congruência); autoconceito positivo; e tonalidade do humor. No entanto, este instrumento tem-se mostrado psicometricamente insatisfatório (Helmes, Goffin, & Chrisjohn, 1998). Entretanto, Brown, Wood e Storandt (2007) verificaram a existência de dois fatores na Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15: Diniz, 2007a; Sheikh & Yesavage 1986; Tumas et al., 2008), um dos quais foi nomeado SV, que contempla cinco itens com conteúdos que remetem para, por exemplo, o “bom humor” e a “felicidade”.

Ainda relacionado com a SV, um outro instrumento bastante utilizado (e.g., Baltes & Mayer, 1999) é a escala de ânimo, *Philapelpia Centre Geriatric Morale Scale* (PCGMS: Lawton, 1975), que contempla também a dimensão afetiva e permite avaliar três dimensões do bem-estar de idosos: solidão/insatisfação; atitudes face ao próprio envelhecimento; agitação.

Quanto à dimensão emocional, ela diz respeito à estrutura dos afetos e, progressivamente, foi-se chegando à conclusão que podem ser considerados dois planos de análise dos mesmos, a valência e o nível de excitação (Barrett & Russel, 1999; Watson, Wiese, Vaidya, & Tellegen, 1999).

A valência refere-se à tonalidade hedónica das emoções, podendo variar entre agradável ou desagradável, positiva ou negativa, boa ou má (Stock, Okun, & Benin,

1986). Alguns autores consideram que a representação conceitual das emoções positivas e negativas, os afetos positivos e negativos, constitui-se numa única dimensão bipolar (polos opostos no mesmo espectro de afetos) (Russel, 1979), enquanto que outros defendem a existência de duas dimensões independentes que, enquanto tal, devem ser consideradas separadamente (Bradburn & Caplovitz, 1965, Smith et al., 1999). Smith e colaboradores (1999) encontraram uma correlação muito fraca entre os dois fatores (.04) numa amostra de idosos entre os 70 e os 103 anos. Outros autores referem uma quase-independência entre os dois fatores, sendo estes negativamente correlacionado (entre -.12 e -.23) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). No entanto, este estudo não foi realizado apenas com idosos, mas sim com jovens universitários.

Quanto ao nível de excitação emocional, ele envolve uma ativação neurológica e psicológica que se traduz em respostas comportamentais: quanto maior o nível de excitação, mais perceptíveis serão as respostas comportamentais, quer em relação aos AP quer aos AN (Barret & Russel, 1999; Watson et al., 1999). Um dos instrumentos mais utilizados para medir afetos de alta excitação emocional é a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS: Watson, Clark, & Tellegen, 1988), em que a preponderância de AP em relação aos AN remete para um nível elevado de BES. Outro instrumento que mede AP e AN de baixa excitação emocional é o *Affect Balance Scale* (ABS: Bradburn, 1969) cujos resultados são interpretados da mesma forma que os da PANAS.

Depois desta compreensão acerca da estrutura do BES, faz sentido perceber a influência que as variáveis sociodemográficas têm na sua manifestação.

4.4. Idade e BES

Poderá haver uma tendência para percecionarmos o idoso como alguém infeliz, podendo ser apontadas várias razões para que haja um declínio no BES em idades mais avançadas, como a perda de companheiros sociais, a diminuição de atividades sociais,

de contactos e de papéis sociais (Smith et al., 1999), bem como o aumento de problemas de saúde e a diminuição de funcionalidade (Baltes & Mayer, 1999; Kunzmann et al., 2000). Ou seja, o facto de os idosos viverem mais acontecimentos de vida negativos do que pessoas mais novas, poderia refletir-se numa diminuição do BES. No entanto, paradoxalmente algumas investigações sugerem que o BES apresenta-se como relativamente estável (Charles, Reynolds, & Gatz, 2001; Costa et al., 1987; Diener, Scollon, et al., 2003; Márquez-González, Trocóniz, & Baltar, 2008; Kunzmann et al., 2000), e Smith et al. (1999) verificaram que a maioria dos idosos do seu estudo encontravam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua vida, mostravam-se otimistas em relação ao futuro e experienciavam mais AP do que AN.

Este último resultado pode dever-se à adoção de mecanismos de seleção e de *coping* ou de estratégias de regulação emocional que impedem que o BES seja afetado negativamente (Baltes & Baltes, 1990; Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999; Márquez-González et al., 2008; Gross et al., 1997; Lawton, Kleban, Rajagopal, & Dean, 1992). A adaptação gradual, a alteração dos padrões de comparação e a diminuição de expectativas e aspirações, poderão ajudar a manter um BES elevado (Smith et al., 1999). Alguns autores referem que os idosos têm tendência a adotar mecanismos de *coping* que se baseiam no distanciamento emocional e numa reformulação positiva que lhes permita dar um carácter neutro aos aborrecimentos (Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek, 1987).

Ao longo do desenvolvimento, as pessoas foram aprendendo através da experiência a adaptarem-se de forma bem-sucedida às mudanças contextuais, o que explica que as pessoas mais velhas apresentem uma maior maturidade emocional, que se traduz numa maior capacidade para lidar com acontecimentos negativos, como as perdas e o declínio, que se encontram associados ao envelhecimento (Lawton et al.,

1992; Gross et al., 1997, Márquez-González et al., 2008). Parece que os idosos desenvolvem uma habilidade para manter uma boa autoimagem, para estarem satisfeitos com as suas vidas e para manterem um bom nível de BES, visto que conseguem adaptar as suas vidas e alterar as suas expectativas em relação à realidade, de forma a manter sentimentos positivos acerca de si próprios, em vez de aumentarem as limitações na sua esfera de atividades ou habilidades físicas (Baltes, 2003). É a capacidade de regulação emocional dos idosos lhes permite equilibrar as mudanças que ocorrem nas suas vidas (Diener, Scollon, et al., 2003).

Carstensen (1995; Löckenhoff & Carstensen, 2004) defendem que em idades avançadas os idosos reorganizam os seus objetivos, dando prioridade aos que têm significado emocional em relação aos que se referem a investimentos a longo prazo. Ou seja, são mais seletivos em relação aos seus parceiros sociais, procurando aqueles que lhes são mais próximos afetivamente, permitindo-lhes assim modificar o seu contexto social, de forma a que possam potenciar ao máximo os AP e minimizar os AN. Estes autores referem também que esta estratégia de seleção não está diretamente relacionada com a idade, mas sim, com a ideia de que o futuro é limitado, havendo por isso necessidade dos idosos reformularem os seus objetivos.

Apesar destes mecanismos compensatórios poderem ser úteis para a manutenção do BES, alguns autores têm verificado que eles perdem eficácia em idades muito avançadas, visto que as perdas começam a ser cada vez maiores e irreversíveis, acabando por abalar o BES, traduzindo-se num aumento de AN e numa diminuição de AP (Pinquart, 2001). Por outro lado, a noção de que a morte se está a aproximar provoca um declínio considerável no bem-estar (Gestorf et al., 2010). Para além disso, à medida que os idosos vão envelhecendo poderá diminuir o seu otimismo em relação ao

futuro, o que poderá ter um impacto negativo no bem-estar (Kotter-Grühn & Smith, 2011).

4.4.1. Idade e afetos positivos (AP) e afetos negativos (AN)

Analisando de forma detalhada a literatura sobre os AN, alguns autores referem um declínio dos AN com o aumento da idade (Cheng 2004; Vaux & Meddin, 1987). No caso do Cheng (2004) o estudo foi efetuado com indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 89 anos, utilizando a *Chinese Affect Scale*. Note-se que Vaux e Meddin (1987), apesar de encontrarem uma diminuição dos AN com a idade, numa população idosa (*Mdn* = 70 anos) descobriram que esta relação desaparece quando são controlados acontecimentos de vida negativos. Smith et al. (1999) também verificaram no Estudo de Berlim, em idosos com idades compreendidas entre os 70 e os 103 anos e através da *PANAS* (Watson et al., 1988), que a idade não tinha influência nos AN.

Charles et al. (2001) apesar de encontrarem uma diminuição dos AN com a idade, ao longo de um estudo longitudinal, com indivíduos com idades entre os 15 e os 90 anos, utilizando a *ABS* (Bradburn, 1969), verificaram que a partir dos 60 anos esse declínio torna-se cada vez menos acentuado, apontando para uma estabilização dos AN.

Entretanto, Costa et al. (1987), num estudo com indivíduos entre os 25 e os 74 anos verificaram, através da avaliação da *General Well-being Schedule* (*GWS*: Dupuy, 1978), que as pessoas mais velhas experienciavam menos AN em relação às mais novas, mas não foram identificadas diferenças longitudinais. Ferring e Filipp (1995), também com base num estudo longitudinal, referem a existência de mais AN em pessoas mais velhas, com idades entre os 75 e os 92 anos, comparativamente com idosos mais jovens, com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos. No entanto, também não verificaram diferenças ao longo do tempo.

Apenas Koo, Rie e Park (2004) referem a presença de um aumento de AN com a idade num estudo com indivíduos entre os 43 e os 102 anos, avaliados através da *PANAS* (Watson et al., 1988). Também os estudos que consideram a relação entre a idade e os AP apresentam resultados contraditórios. Alguns autores referem existir evidência de uma diminuição dos AP com o avançar da idade (Koo et al., 2004; Pinquart, 2001; Smith et al., 1999).

Carstensen et al. (2011), através da *Subjective Happiness Scale* (Lybournirsky & Lepper, 1999), referem, a partir de um estudo com indivíduos entre os 18 e os 94 anos, que há um aumento de experiências emocionais positivas até aos 60 anos e que a partir desta idade elas deixam de aumentar. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos longitudinais, referindo uma estabilidade nos AP até à terceira idade e um decréscimo a partir desta idade (Charles et al., 2001; Ferring & Filipp, 1995; Stacey & Gatz, 1991). Charles et al. (2001) encontraram esta diminuição nos AP a partir dos 60 anos, enquanto que Ferring e Filipp (1995) verificaram o declínio nos AP em idosos com mais de 75 anos e Stacey e Gatz (1991) referem que o decréscimo nos AP se dá a partir dos 65 anos. No entanto, parece que a idade por si, nem sempre tem influência nos AP, visto que os AP parecem ser relativamente independentes de acontecimentos de vida positivos ou negativos (Vaux & Meddin, 1987).

Entretanto, Kunzmann et al. (2000) verificaram em idosos com idades compreendidas entre 70 e os 103 anos, utilizando a *PANAS* (Watson et al., 1988), que a diminuição de AP está essencialmente relacionada com problemas ao nível da saúde funcional. Estes autores consideram que a idade, só por si, não causa alterações no BES, mas sim as perdas que lhe estão associadas. No seu estudo, quando contemplada a saúde funcional, verificaram que a idade estava associada a mais AP e a menos AN. Estes autores alertam para o cuidado que deve ser tido na interpretação de estudos que

analisam a relação entre o BES e a idade. É preciso ter em conta que a maior parte dos estudos não consideram idosos na quarta-idade, podendo isso contribuir para interpretações precipitadas. Estudos que incluem indivíduos mais velhos demonstraram que os idosos a partir de idades mais avançadas apresentam um declínio no BES (Ferring & Filipp, 1995; Stacey & Gatz, 1991). Por outro lado, acrescentam que outros fatores podem influenciar os resultados quando é avaliada a relação entre a idade e o BES, tais como diferenças de coorte (geracionais) e mortalidade seletiva (os homens morrem proporcionalmente mais jovens do que as mulheres).

4.4.2. Idade e satisfação com a vida (SV)

Com exceção dos AP, parece que as variáveis sociodemográficas têm pouco poder preditivo do BES em idosos (Smith et al., 1999), verificando-se uma certa estabilidade ao longo do tempo. Tendo em conta que a SV resulta da avaliação que cada um faz de acordo com a informação que tem disponível nesse momento, e que a maior parte desta informação tem tendência a ser a mesma, pois resulta daquilo que as pessoas valorizam, então a SV acaba por não sofrer muitas alterações (Diener, Scollon, et al., 2003).

Como tal, o estudo de Berlim revelou que 63% dos idosos parecem estar satisfeitos ou muito satisfeitos com as suas vidas em relação ao presente e ao passado e esperam estar satisfeitos no futuro (Smith et al., 1999). No entanto, a partir dos 85 anos há uma tendência para haver um decréscimo na SV, tendo sido verificada por estes autores uma significativa, mas pequena, correlação negativa com a idade. A maior vulnerabilidade a que se encontram sujeitos os idosos da quarta-idade, faz com que muitas vezes haja uma diminuição no seu nível de SV (Baltes, 2003). Nesta fase, os mecanismos, até aqui utilizados, de reinterpretação da realidade perdem eficácia verificando-se, por isso, um declínio na SV. Talvez por este motivo, um estudo com

idosos portugueses com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos, onde foi utilizada a *LSI-A*; (Neugarten et al., 1961) revelou que os idosos da quarta idade (com mais de 79 anos) apresentavam menor SV (Diniz, Amado, & Gouveia, 2011). Da mesma forma, Fernández-Ballesteros (1998) também verificou, numa amostra de idosos com idades entre os 65 anos e igual ou superior a 80 anos, que os mais velhos apresentavam menor SV, avaliada através da *PGCMS* (Lawton, 1975).

Entretanto, Fonseca, Paúl e Martim (2008), num estudo com idosos portugueses comunitários, apesar de não se ter verificado nenhuma associação entre a idade e a SV, avaliada através da *PGCMS* (Lawton, 1975), os resultados indicavam que os idosos apresentavam isolamento/insatisfação, tinham uma atitude negativa em relação ao envelhecimento e estavam agitados/ansiosos.

Resultados contraditórios foram encontrados, num estudo com idosos de 11 países da Europa, com idades compreendidas entre os 50 e os 76 anos ou mais. Encontrou-se uma associação positiva entre a idade e a SV, com base na resposta à pergunta “Em que medida está satisfeito com a sua vida?” (Angelini, Cavapozzi, Corazzini, & Paccagnela, 2012). No entanto, se tivermos em atenção as características das amostras consideradas, é possível concluir que este estudo integrou idosos mais jovens e, por este motivo, pode ainda não se ter verificado um declínio na SV.

4.5. Género e AP e AN

Alguns estudos referem que, como resultado de homens e mulheres terem diferentes histórias de vida e de estarem expostos a diferentes contextos vida, devem ser observadas diferenças importantes entre homens e mulheres idosos em termos de funcionamento e de BES (Smith & Baltes, 1998). Entre as variáveis sociodemográficas, o género parece ser aquele que tem maior valor preditivo em relação ao BES (Smith et al., 1999). A revisão da literatura apresentada por Bagozzi, Wong e Yi (1999) justificam

as diferenças de género com base na influência de estereótipos sociais, que reforçam a emotividade nas mulheres, mas também com base nos papéis sociais que homens e mulheres desempenham, em que, no caso dos homens, os seus papéis reforçam menos respostas emocionais, enquanto os papéis das mulheres reforçam mais a expressão emocional e a sensibilidade às necessidades dos outros.

Fujita, Diener e Sandvik (1991), a partir de um estudo realizado com jovens universitários, utilizando a *Affect Intensity Measure* (Larsen, 1984), referem que as mulheres têm experiências emocionais mais intensas, apresentando mais AN do que os homens, mas em relação aos AP e ao nível de felicidade global não se verificam diferenças. Bagozzi et al. (1999) também verificaram, em estudantes universitários, que o género e a cultura têm influência na experiência de afetos positivos e negativos.

Entretanto, Alcalá et al. (2006) verificaram, numa amostra de indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos, utilizando a *Positive and Negative Affect Schedule Expanded Form* (PANAS-X: Watson & Clark, 1994), que as mulheres referem experimentar mais AP no passado (alegria e felicidade) e mais AN no presente (insegurança e tristeza), enquanto os homens revelam maior estabilidade nos afetos ao longo do tempo.

Parece que as mulheres apesar de viverem durante mais tempo, nem sempre vivem melhor, pois reportam pior BES, tendo-se verificado no Estudo de Berlim que as mulheres apresentavam mais AN do que os homens, avaliados através da PANAS (Watson et al., 1988), em todos os grupos de idosos estudados (Smith et al., 1999). Os autores alertam para o facto de haver uma maior prevalência de homens, em relação às mulheres, casados ou que viviam com alguém, podendo as pequenas diferenças de género encontradas dever-se a estas diferentes circunstâncias. Smith & Baltes (1998) também encontraram diferenças pequenas, mas significativas, entre géneros, na

dimensão afetiva do BES (experiência de AP e AN), bem como em relação ao BES na sua totalidade, verificando-se piores resultados nas mulheres.

4.6. Género e SV

Vários estudos indicam a ausência de diferenças significativas ao nível da SV, avaliada através do *LSI-A* (Neugarten et al., 1961) em relação ao género (Brajiković et al., 2011; Silverman, Heitch, & MacMillin, 2000). Giusta, Jewell e Kambhampati (2011) encontraram níveis idênticos de SV, avaliada a partir da pergunta “Quão satisfeito ou insatisfeito está com a sua vida no geral?”, entre homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 16 e os 50 anos, no entanto, verificaram diferenças entre os géneros no impacto que diversos aspetos e atividades têm na SV. Ainda, Borg, Hallberg e Blomqvist (2006) apesar de terem encontrado melhores níveis de SV em homens, numa amostra de idosos com limitações ao nível da funcionalidade, utilizando o *Life Satisfaction Index Z (LSI-Z)*: Wood, Wylie, & Sheafor, 1969), verificaram que o género, por si só, não é responsável por esta diferença, mas sim as condições de vida em que homens e mulheres se encontravam.

Por outro lado, estudos com idosos portugueses, já referidos anteriormente, têm revelado que as mulheres apresentam pior SV em comparação com os homens (Diniz et al., 2011; Fonseca et al., 2008). Da mesma forma, Fernández-Ballesteros (1998) também encontrou melhores níveis de SV em homens.

4.7. Breve reflexão

Podemos considerar que, contrariamente ao que se poderia esperar, o BES parece apresentar uma certa estabilidade, verificando-se que a maioria dos idosos apresentam uma boa SV e experienciam mais AP do que AN (Charles et al., 2001; Kunzmann et al., 2000; Smith et al., 1999). Mais especificamente, no que diz respeito à

influência da idade, a maioria dos estudos parecem indicar não ter efeito nos AN (Smith et al., 1999), verificando-se por vezes uma diminuição nos AN (Charles et al., 2001). Por outro lado, os AP parecem ser mais influenciados pela idade, principalmente nos idosos mais velhos, verificando-se uma alguma divergência nos resultados dos estudos apresentados (Charles et al., 2001; Pinquart, 2001; Stacey & Gatz, 1991). O nível de SV, por sua vez, parece não ser muito afetado pela idade, surgindo, por vezes, uma ligeira diminuição em idosos mais velhos (Smith et al., 1999). No entanto, mais uma vez, nem todos os resultados apontam no mesmo sentido.

Relativamente à influência do género poderá haver uma tendência para as mulheres experimentarem menos AP e mais AN (Smith et al., 1999). No caso da SV, não existe grande consenso, sendo que uns estudos referem a ausência de relação entre o género e a SV e outros apontam para piores níveis de SV em mulheres (Borg et al., 2006; Diniz, et al., 2011). Também se encontram resultados contraditórios nos estudos quanto à influência da institucionalização sobre o BES. Como já foi referido no ponto 1.2., uns apontam para a inexistência de diferenças na SV entre idosos institucionalizados e comunitários (Fernández-Ballesteros, 1998), outros para mais SV nos institucionalizados (Bragković et al., 2011) e outros para menos AP também nos institucionalizados (Smith et al., 1999).

A par da reflexão acerca dos resultados apresentados na revisão da literatura é importante considerar a diversidade metodológica que caracteriza os estudos apresentados, o que poderá dar origem a alguma divergência em termos de resultados. A propósito desta disparidade, Pinquart (2001) faz uma reflexão, referindo-se a alguns aspetos que devem ser tidos em conta, como a data dos estudos, a representatividade das amostras, o estatuto das publicações, o contexto cultural (nacionalidade) em que os dados são recolhidos e os diversos instrumentos de avaliação utilizados. Kunzman et al.

(2002) também referem uma grande discrepância em termos de instrumentação utilizada e chamam a atenção para o facto dos resultados serem influenciados pela definição que é adotada para os AP e AN e para o facto de os estudos não captarem as mudanças intra-individuais. A variedade de termos utilizados para designar o mesmo construto contribui para uma dispersão em termos de definição e medida (Diener, Oishi, et al., 2003), dificultando a sua operacionalização (Veehnoven, 2000). Como já foi referido, é importante também ter em conta que muitos estudos sobre o BES não incluem idosos da quarta idade, o que pode dar origem a conclusões parciais.

5. A Saúde como Fator de Risco para o Envelhecimento Bem-Sucedido

A saúde nos idosos (real ou percebida) é algo muito importante para uma boa adaptação ao envelhecimento. No entanto, com o avançar da idade, surge um aumento de risco de doenças e de perda de autonomia que resultam de relações dinâmicas entre a idade, a hereditariedade e os estilos de vida (Fontaine, 2000). No caso dos idosos, as questões inerentes a uma situação de doença ainda se tornam mais graves, visto que as suas capacidades estão à partida mais comprometidas (e.g., força física, acuidade sensorial), o que dificulta o processo de recuperação (Paúl, 2005).

No entanto, é importante realçar mais uma vez a heterogeneidade nos processos de envelhecimento e de como estas diferenças individuais ao nível do funcionamento sensório motor aumentam com a idade (Papalia et al., 2009). Algumas mudanças físicas que se encontram tipicamente associadas ao envelhecimento parecem afetar mais alguns idosos do que outros. Encontra-se esta variabilidade não só entre indivíduos, mas mesmo em cada indivíduo, onde alguns sistemas apresentam um declínio rápido enquanto outros não sofrem praticamente alterações (Papalia et al., 2009).

Papalia et al. (2009) referem ainda a presença de uma capacidade de reserva que assegura o funcionamento do organismo em situações de dificuldade. No entanto, esta capacidade tem tendência a diminuir com a idade e as pessoas deixam de conseguir responder da mesma forma, como anteriormente. Quando se trata de perdas ao nível da visão e da audição, ou mesmo de incapacidades motoras, estas poderão interferir com a capacidade de realização de atividades da vida diária (AVD) e com o bem-estar dos idosos. Por outro lado, estes problemas de saúde podem ter como consequência uma diminuição na participação na vida social

A percepção de doença e das capacidades de cada um baseia-se na avaliação subjetiva dos indicadores biológicos percebidos, e por isso refletem expectativas e estereótipos, constituindo um importante indicador de bem-estar (Paúl, 2005).

5.1. Saúde subjetiva

A WHO (1996) considera a saúde subjetiva como um dos principais indicadores na monitorização da saúde e qualidade de vida das populações. A saúde subjetiva é um conceito multidimensional que está relacionado não só com medidas objetivas de saúde mas também com outros fatores (e.g., nível socioeconómico, fatores psicossociais, estilo de vida, género) (Ocampo, 2010; Sillén, Nilsson, Mansson, & Nillson, 2005). O nível de saúde subjetiva baseia-se na consciência subjetiva que o indivíduo tem da sua saúde (Sillén et al., 2005). Partindo deste pressuposto, seria importante que a saúde subjetiva fosse um fator importante na avaliação do estado de saúde atual dos indivíduos.

Tendo em conta a grande prevalência de doenças associadas ao envelhecimento, a saúde deve ser vista como um conceito multifacetado, cujo diagnóstico resulta da avaliação da capacidade funcional e da avaliação da saúde subjetiva (Borchelt, Gilberg, Horgas & Geiselman, 1999). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e de Saúde (CIF), da OMS (2004), para além dos aspetos biológicos e médicos (tidos em conta na avaliação mais clássica do estado de saúde), valoriza a importância de fatores ambientais e pessoais no processo de incapacidade. Ao permitir a avaliação e a classificação de indicadores subjetivos de funcionalidade, a CIF não só reforça a relevância da avaliação da percepção do indivíduo acerca do seu estado de saúde, como poderá vir a permitir uniformizar procedimentos de avaliação desta dimensão da saúde.

Quando se pretende que haja um bom ajustamento psicológico, parece haver vantagens em considerar prevalentemente a saúde subjetiva em relação à saúde objetiva

(Cappeliez, Sèvre-Rosseau, Landreville, & Préville, 2004). A saúde subjetiva, para além de refletir o estado de saúde global, pode fornecer informação importante que ajude os cuidadores e profissionais de saúde a desenvolver e concretizar programas de promoção da saúde e de reabilitação, bem como a adequar e planejar a intervenção e os cuidados às diferentes necessidades da população idosa (Botelho, 2005; Ocampo, 2010). A saúde percebida e autoavaliada é considerada como um critério importante na predição do envelhecimento bem-sucedido dos idosos, pelo menos, assim considerado pelos próprios (Fonseca, 2006). Não só na área da saúde, mas também noutros contextos, tem-se verificado a importância que a percepção subjetiva tem nos comportamentos e atitudes dos indivíduos, reforçando a ideia de que deve ser algo a ter em conta cada vez mais (Gebel, Bauman, Sugiyama, & Owen, 2011; Lackey & Kaczynski, 2009). Parece, então, haver vantagens na avaliação dos aspetos subjetivos e idiossincráticos, permitindo, desta forma, aceder ao que o sujeito crê sentir na realidade.

A maior parte dos estudos acerca da saúde subjetiva baseiam a sua avaliação na resposta a apenas um item do tipo “Diria que a sua saúde está...?”, refletindo assim a avaliação que cada um faz do seu estado de saúde ou/e considerando a percepção da sua saúde quando comparada com outros indivíduos da mesma idade (e.g., Cappeliez et al., 2004; Mossey & Shapiro, 1982; Pinquart, 2001; Sillén et al., 2005). Este método simples de avaliação permitiu que a saúde subjetiva fosse reconhecida como um bom preditor do estado de saúde, de morbilidade e de mortalidade (Mossey & Shapiro, 1982; Sillén et al., 2005), mas também de institucionalização (Gutman, Stark, Donald, & Beattie, 2001) e hospitalização no futuro (Menec & Clipperfield, 2001). Um dos estudos que corrobora esta informação é o de Stålbrand et al. (2007) em que não verificaram diferenças no risco de mortalidade quando compararam indivíduos doentes e indivíduos

que apenas se referem à experiência subjetiva de sintomas, ou seja, que se reportam à saúde subjetiva.

5.2. Saúde funcional (SF)

Alguns autores defendem igualmente que os idosos percebem a sua saúde em função das limitações que sentem nas atividades que valorizam e de acordo com a sua capacidade para executar de forma independente, ou não, as suas AVD (Paúl & Fonseca, 1999). O Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) reflete bem a importância que deve ser atribuída à capacidade funcional, sendo esta uma das suas preocupações e, por isso, tendo cada vez mais como finalidade, recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos.

Com base na importância que as capacidades funcionais podem ter na manutenção de autonomia e na gestão da vida diária, Baltes, Maas, et al. (1999) elaboraram um modelo de competências diárias, que distingue dois tipos de competências: um mais básico (BaCo) que se refere a atividades rotineiras, de autocuidado e necessárias à sobrevivência e um mais expandido (ExCo), que se refere a atividades instrumentais, de lazer e sociais. Enquanto as BaCo estão mais relacionadas com fatores biológicos ou com a saúde, as ExCo já dependem mais de variáveis psicossociais. Estes autores, ao diferenciarem os dois tipos de competências, referem que as BaCo garantem a sobrevivência e as ExCo influenciam a qualidade de vida. Ou seja, as BaCo são necessárias para a realização de AVD, como tomar banho, vestir, andar, higiene e alimentação (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963; Walsh, Khatutsky, & Johnson, 2008), estando relacionadas com a saúde dos idosos.

Baltes, Maas et al. (1999) verificaram que os fatores psicossociais são necessários para assegurar as ExCo, mas não são suficientes para garantir a sua realização, o que faz com que as variáveis relacionadas com a saúde (e.g., equilíbrio)

tenham também um papel importante. Para otimizar a compreensão da relação existente entre as BaCo e as ExCo poderá atentar-se no seguinte exemplo: um indivíduo que aprecie música e toque um instrumento musical (ExCo) pode ver a sua capacidade limitada devido a um tremor ou a dificuldades de mobilidade na mão (BaCo). Desta forma, as BaCo são uma condição necessária para as ExCo. Por outro lado, as ExCo não são necessárias para as BaCo, mas são essenciais para a qualidade de vida.

Apesar da importância da saúde funcional (SF), o seu conceito não está bem definido, havendo inclusivamente uma certa disparidade de instrumentos utilizados na sua avaliação. Desde os trabalhos de Katz et al. (1963) que a SF começou a ser estudada através do construto de incapacidade, hétero-avaliada através de indicadores objetivos de realização de AVD. Embora com menos frequência do que a avaliação das limitações funcionais através de heteroavaliação, recentemente, o conceito de limitações funcionais percebidas (LFP) tem sido muito útil na descrição da relação entre doenças crónicas e incapacidade (Lee & Park, 2006). De acordo com Lawton e Brody's (1969) avaliar a SF dos idosos com base no seu relato, poderá ser uma forma de considerar esta informação como resultado das suas doenças crónicas. Para além de poder ser um grande preditor de incapacidade (Guralnik & Ferrucci, 2003), as LFP poderão ter um papel muito importante no planeamento de programas de intervenção primária.

5.3. SF subjetiva

A investigação realizada num âmbito da SF com base em indicadores molares, como é o caso de dificuldades na realização de AVD, tem produzido resultados interessantes. No entanto, uma forma alternativa de avaliação da SF baseia-se em indicadores elementares que estão presentes nas AVD, sendo que alguns deles pertencem à SF. A avaliação da SF é realizada através da heteroadministração de medidas objetivas estandardizadas de desempenho físico (Stheinhausen-Thiessen &

Borchelt, 1999; Kunzmann et al., 2000). Este método permite uma avaliação mais analítica da SF, em que estão presentes indicadores das capacidades sensoriais e motoras (e.g., visão audição, equilíbrio, marcha). Até aqui, a avaliação da SF tem-se baseado apenas em critérios objetivos e na percepção dos outros, centrando-se nas incapacidades dos idosos. Há uma tendência para assumir uma atitude paternalista, não dando oportunidade aos idosos de fazerem o seu próprio juízo e de darem a sua visão do que sentem e das suas capacidades.

No entanto, por analogia aos construtos de saúde subjetiva e de LFP, parece haver vantagens na avaliação da SF através de um formato de autoadministração, com base no relato dos próprios idosos, havendo um foco na sua saúde funcional subjetiva (SFS). Assim sendo, a SFS poderá ser definida de acordo com componentes sensoriais e motoras, ou seja, em termos de capacidade sensorial percebida e de capacidade motora percebida (CMP).

5.4. Idosos e saúde subjetiva

Tendo em conta os múltiplos fatores de risco a que os idosos se encontram sujeitos, com tendência para aumentar com o avançar da idade, como a perda de papéis sociais, doenças e problemas ao nível da funcionalidade, seria expectável que os idosos apresentassem pior saúde subjetiva comparativamente a indivíduos mais jovens. No entanto, vários estudos referem que os idosos não apresentam necessariamente um nível de saúde subjetiva mau, não se verificando uma relação entre a saúde subjetiva e o envelhecimento (Beekman, Kriegsman, Deeg, & Tilburg, 1995; Cappeliez et al., 2004). Muitos idosos referem sentir-se saudáveis como indivíduos jovens, mesmo quando, ao nível da saúde objetiva, não estão (Baltes, 2003). Também em relação à capacidade funcional parece haver uma certa heterogeneidade. Apesar de haver uma tendência para os idosos com mais de 85 anos apresentarem um nível mais baixo de atividades e maior

dificuldade na sua execução, alguns idosos de idades muito avançadas continuam a manter elevados níveis de competências básicas (Baltes, Maas, et al., 1999). Quando as limitações não são muito graves, pode haver uma tentativa de contorná-las de forma a que estas não interfiram com a vida diária (Papalia et al., 2009).

Segundo Cheng (2004; Borchelt et al., 1999), a saúde subjetiva relaciona-se cada vez menos com a saúde objetiva à medida que a idade avança, explicando assim a razão de não se ter encontrado nenhuma relação entre a saúde percebida e a idade. Os resultados encontrados por Fernández-Ballesteros (1998), num estudo com idosos, também demonstram que apesar do aumento de doenças físicas e psicológicas com o aumento da idade, a saúde subjetiva não sofre mudanças significativas.

Os resultados de uma meta-análise realizada por Pinquart (2001), com estudos que avaliaram idosos com uma média de idade superior a 60 anos, revelaram que a correlação da saúde subjetiva com a saúde física e a saúde funcional é maior nos idosos mais novos (com idade inferior ou igual a 75 anos) do que em idosos mais velhos. Neste último caso, verificou-se uma correlação maior entre a saúde subjetiva e a saúde mental, comparativamente aos idosos mais novos. Resultados semelhantes foram encontrados por Borchelt et al. (1999) com idosos entre os 70 e os 103 anos, que, apesar de verificarem uma correlação negativa entre a idade e a saúde objetiva e entre a idade e a saúde funcional, não encontraram nenhuma correlação entre a saúde subjetiva e a idade. Para além disso, constataram a presença de uma correlação positiva entre a idade e a saúde subjetiva, avaliada através da comparação com os pares. Estes autores interpretam estas associações, considerando que os idosos mais velhos apresentam uma maior capacidade de adaptação a mudanças que surjam na saúde física e funcional, o que leva a uma alteração nos seus critérios de avaliação relativamente ao seu estado de saúde, permitindo assim que os seus problemas ao nível da saúde física não tenham tanto

impacto na sua saúde subjetiva. Botelho (2005) encontrou resultados idênticos num estudo com idosos portugueses, com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos, em que 70% dos idosos avaliaram a sua saúde como boa, não se verificando diferenças em relação à idade. No entanto, quando a saúde subjetiva foi avaliada através comparação com os pares, os idosos mais velhos responderam de forma mais positiva que os mais novos.

Hoeymans, Feskens, Kromhout e Van den Bos (1997) verificaram num estudo longitudinal, ao longo de cinco anos, com homens idosos com idades compreendidas entre os 70 e os 90 anos, que a associação entre as limitações na saúde física e a saúde subjetiva torna-se menor com o aumento da idade, até deixar de se verificar em idosos mais velhos. Estes autores referem que se trata de um processo utilizado pelos idosos para lidar melhor com os seus problemas físicos, que consiste numa alteração na forma de conceptualizar a sua saúde, deixando de usar critérios físicos ou baseados na funcionalidade, para passarem a ter como critérios as suas características pessoais e sociais. Sposito et al. (2010), numa amostra de idosos com idade superior a 60 anos, referem que os idosos mais velhos (com idade igual ou superior a 80 anos) apresentam maior SV e melhor saúde subjetiva, mostrando-se mais satisfeitos com a sua independência funcional do que idosos mais jovens.

Um aspeto que pode contribuir para os resultados apresentados anteriormente prende-se com o facto de os idosos tomarem como referência outros idosos, o que faz com que a incapacidade seja vista como normal, podendo refletir-se na avaliação positiva que fazem da sua saúde (Andersen, Christensen, & Frederiksen, 2007; Borchelt, et al., 1999; Hoeymans, Feskens, Van den Bos, & Kromhout 1997; Ocampo, 2010). Para além disso é importante ter em conta que a maioria dos idosos mais velhos resultam de um processo de seleção, o que faz destes os mais saudáveis, resistentes e

também os mais otimistas (Hoeymans, Feskens, van den Bos, et al., 1997; Ocampo, 2010). Os idosos que apresentam um envelhecimento bem-sucedido têm tendência para apresentar uma saúde subjetiva boa ou estável ao longo do tempo (Ocampo, 2010).

No entanto, alguns estudos que consideram idosos mais velhos alertam para uma diminuição da saúde subjetiva depois dos 80 anos (Ocampo, 2010). Este declínio na saúde subjetiva poderá ser resultado do aumento de problemas de saúde e de limitações na saúde funcional, bem como uma maior dependência (Fernández-Ballesteros et al., 2004; Pinquart, 2001). Da mesma forma, Pinquart (2001) verificou uma forte associação da saúde subjetiva com a saúde física, com a saúde funcional e com a saúde mental, sendo a associação com a saúde física bastante mais forte do que com a saúde funcional, o que revela que a presença de uma doença é o critério mais forte para avaliação da saúde subjetiva. No entanto, dependendo das medidas de saúde funcional consideradas a associação entre a saúde subjetiva e saúde funcional poderá tornar-se mais forte, nomeadamente quando são consideradas as BaCo, relativamente às ExCo. Baltes, Maas, et al. (1999) consideram que a idade, só por si, não é responsável pelas perdas ao nível da BaCo e da ExCo, mas que a saúde e os fatores psicossociais são.

O aumento de disfuncionalidade e de doenças associadas ao aumento da idade contribui para a perda de autonomia e para a necessidade de assistência, tendo como consequência o aumento de institucionalização.

5.5. Institucionalização e saúde subjetiva

Goffman (1961), ao falar de instituições totais, refere que as pessoas institucionalizadas acabam por interiorizar as dinâmicas organizacionais da instituição, assumindo uma identidade que vá ao encontro dessas dinâmicas, alterando o próprio *self*. Segundo esta perspetiva, um idoso numa instituição com pessoas doentes teria tendência para assumir o papel de doente, independentemente da sua condição física.

Por outro lado, os próprios cuidadores dos lares, ao considerarem os idosos como doentes e assumindo uma postura muito paternalista, poderão limitar a sua autonomia, tomando as decisões por eles ou ajudando na realização das suas tarefas diárias, como se à partida eles não fossem capazes de o fazer autonomamente, acabando assim por reforçar esta ideia de incapacidade (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2006; Paúl, 2005). No entanto, se os idosos se depararem com pares que realizam as suas tarefas com sucesso, isto poderá constituir um incentivo à sua própria competência e autonomia (Sena et al. 2008).

Contrariamente às visões mais negativas quanto ao impacto da institucionalização, Myles (1978) verificou que ao comparar idosos com o mesmo nível de incapacidade e de doença, os idosos institucionalizados apresentavam melhor saúde subjetiva do que os idosos não institucionalizados e, relativamente à satisfação com a vida, não encontrou diferenças entre os dois grupos.

Donnenwerth e Petersen (1992) verificaram que a institucionalização tem um efeito positivo no nível da felicidade global quando é mediada pela saúde subjetiva, mas tem um efeito negativo no nível de felicidade global quando é mediada pela satisfação com a habitação. Quando analisado o efeito total da institucionalização no nível de felicidade global, verifica-se um efeito negativo. No entanto, estes autores verificaram uma relação positiva e forte entre a institucionalização e a saúde subjetiva, o que acaba por influenciar a felicidade global. Assim, este estudo regista a presença de efeitos positivos e negativos da institucionalização nos idosos

Fernández-Ballesteros (1998) verificou que a diferença ao nível da saúde subjetiva entre idosos institucionalizados e comunitários é muito pequena. No entanto, os idosos institucionalizados apresentam pior capacidade funcional subjetiva, sendo feita uma ressalva pela autora, alertando para que este resultado não seja interpretado

como efeito da institucionalização, mas explicando que a razão que leva a maioria dos idosos a recorrer aos lares relaciona-se com o facto de apresentarem baixos níveis de funcionalidade que os impede de viver autonomamente em suas casas. Assim sendo, os problemas na funcionalidade deverão ser vistos como uma causa da institucionalização e não como uma consequência.

Entretanto, Baltes, Maas, et. al (1999) verificaram que os idosos institucionalizados envolvem-se em menos atividades, descansam mais tempo e passam significativamente menos tempo envolvidos em atividades de lazer, apresentando também maior dificuldade na realização de tarefas. O contexto surge como um fator importante, podendo, de acordo com as condições que apresenta, promover a autonomia e melhores níveis de funcionalidade (Räty, Aromaa, & Koponen, 2003). Chappell e Cooke (2010) fazem uma revisão acerca do impacto que o ambiente pode ter no bem-estar e na autonomia dos idosos, tendo concluído que, independentemente de se tratar de um contexto institucional ou comunitário, o mais importante é que este promova o bem-estar e que apoie os idosos em lidar com o stresse.

5.6. Género e saúde subjetiva

O género parece ser uma variável relevante e que poderá ter influência na saúde. As mulheres idosas demonstram pior saúde subjetiva, em comparação com os homens, e referem ter mais problemas de saúde mental, mais doenças crónicas, mais dores e tomar mais medicamentos, verificando-se ainda que as mulheres referem ter uma maior dependência funcional e uma maior dificuldade na execução de AVD (Fernández-Ballesteros, 1998). Khang e Kim (2010) também demonstraram que as mulheres apresentam piores níveis de saúde subjetiva em comparação com os homens. Guralnik e Ferrucci (2003) corroboram esta informação, afirmando que as mulheres reportam mais incapacidade e que isto é confirmado pela avaliação objetiva da incapacidade funcional.

No entanto, parece que nos homens, contrariamente às mulheres, verifica-se uma correlação negativa entre o aumento da idade e a satisfação com a saúde, nomeadamente em relação às AVD e à saúde somática (Fulg-Meyer, Melin, Fulg-Meyer, 2002). Um estudo com idosos portugueses (Botelho, 2005) revelou uma maior prevalência de autonomia física nos homens, no entanto quando foi considerada a autonomia instrumental verificou-se que esta não apresentava relação com o género. No que se refere à saúde subjetiva, não se encontraram diferenças entre os homens e mulheres.

5.7.Saúde e BES

A avaliação que cada um faz da sua saúde e das suas capacidades correspondem a uma avaliação subjetiva e complexa dos indicadores subjetivos percecionados, dependentes das expectativas e estereótipos em relação a determinados papéis, sendo por isso um dado muito importante quando se considera o bem-estar do idoso (Paúl, 2005). Neste âmbito, faz sentido compreender de que forma a saúde subjetiva e a capacidade funcional afetam o BES.

Tem-se verificado uma correlação forte entre a saúde subjetiva e o BES (Roysamb, Neale, Tambs, Reichborn-Kjennerud, & Harris, 2003; Smith et al., 1999). No estudo de Smith et al. (1999), realizado com idosos, a saúde subjetiva apresentou-se mesmo como o preditor mais forte do BES, avaliado através da *PANAS* (Watson et al., 1988), comparativamente com variáveis sociodemográficas (e.g., idade, género, institucionalização), com condições objetivas de vida (e.g., audição, mobilidade) e com outros domínios de avaliação subjetiva (e.g., satisfação com a participação social, satisfação com as finanças).

Também a relação entre a capacidade funcional e o BES foi referida por Pinquart e Sörensen (2000), apontando, na sua revisão teórica, várias razões para que a competência dos idosos, medida através da capacidade para a realização de AVD, tenha

impacto no BES e, segundo os autores, isto deve-se aos seguintes motivos: os idosos devem manter-se ativos, preservando os seus papéis sociais e compensando a perda de algumas atividades, como tal a autonomia e a independência surgem como preditores do BES; a incapacidade poderá limitar a realização de atividades que proporcionem prazer ou SV; problemas de saúde e de funcionalidade podem também limitar a qualidade das relações sociais, que por sua vez podem ter um impacto negativo no BES; por último, a falta de capacidade funcional poderá afetar também a capacidade de o idoso defender o seu *self* e, por isso, o BES.

Algumas destas afirmações foram corroboradas pelos resultados do estudo de Angelini et al. (2012), usando os dados do inquérito de 2006 sobre saúde, envelhecimento e reforma na Europa (SHARE), com uma amostra constituída por idosos com idade superior a 50 anos. Assim, verificou-se uma forte e negativa relação entre a SV, avaliada através da resposta à pergunta “Quão satisfeito(a) está com a sua vida no geral?” através de uma escala de cinco pontos, e a presença de problemas de saúde. Os resultados evidenciaram ainda que a presença de limitações na execução de ExCo estava associada a níveis inferiores de SV em todos os grupos de diferentes idades. Como se poderia esperar, problemas ao nível da saúde, nomeadamente da saúde funcional causam, muitas vezes, constrangimentos nas atividades diárias e sociais dos idosos (Baltes, Maas et al., 1999; Paúl, 2005), o que poderá provocar uma diminuição no BES.

A importância que a saúde subjetiva tem na SV foi também realçada por Borg et al. (2006), visto que se revelou como um dos fatores determinantes do nível de SV numa amostra de idosos com reduzidas capacidades de autocuidado, tendo sido encontrados piores níveis de SV em idosos com pior saúde subjetiva. Entretanto Brojović et al. (2011) referem uma associação significativa entre a saúde subjetiva,

avaliada através da *SF-36 Health Survey* (Maslić-Sersić & Vuletić, 2006), e a SV, avaliada através do *LSI-A* (Neugarten et al., 1961), no entanto verificaram que a SV estava significativamente mais relacionada com a saúde psicológica subjetiva do que com a saúde física subjetiva, numa amostra de idosos reformados, institucionalizados e comunitários, com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos.

Por outro lado, Ruthing e Chipperfield (2006) constataram, num estudo longitudinal ao longo de dois anos, numa amostra de idosos, com idades compreendidas entre os 79 e os 98 anos, que uma perceção otimista da sua saúde traz vantagens ao nível da capacidade funcional (medidas de AVD) dos afetos e funcional e da SV (*LSI-A*; Neugarten et al., 1961). Os idosos otimistas apresentavam mais AP e maior nível de atividade, enquanto os pessimistas referem mais AN, apresentam menor SV, menor atividade física e, ainda, maior número de internamentos hospitalares. Stahl e Patrick (2011) também constaram, numa amostra de indivíduos entre os 40 e os 88 anos, que aqueles que apresentavam menos limitações funcionais percebidas, avaliadas através da *Health Condition Checklist form the National Long-term Care Surveys (NLTCs)*, 1992), também experimentavam mais AP, avaliados através da *Philadelphia Geriatric Center Affect Scale (PGC: Lawton, Klebanm, Dean, Rajagopal, & Parmalee, 1992)* e, consequentemente, eram mais responsáveis na adoção de comportamentos saudáveis (e.g., assistir a programas educativos sobre cuidados pessoais de saúde), avaliados através do *Health-Responsability subscale of the Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II: Walker & Hill-Polerecky, 1996)*. Ainda, Diener e Chan (2011), através de uma análise de diversos estudos, referem que o nível de BES elevado (avaliado através da SV, ausência de emoções negativas, otimismo e emoções positivas) tem um impacto positivo na saúde e aumenta a longevidade.

5.8. Breve reflexão

Antes de uma reflexão acerca dos resultados encontrados, deve-se ter em conta que, apesar da importância que a avaliação subjetiva da saúde pode ter em diversos contextos e com diversas populações, há uma grande escassez de estudos sobre a SFS e mais especificamente sobre a CMP. Como tal, a revisão apoia-se em estudos que avaliam a saúde subjetiva, a saúde funcional, mas não a SFS. Note-se ainda a presença de uma certa divergência concetual, verificando-se a utilização de diferentes termos para o mesmo construto, não sendo claras as diferenças entre alguns construtos (e.g., capacidade funcional ou estatuto funcional). Por outro lado, parece ter havido pouco investimento no desenvolvimento de instrumentos de avaliação, verificando-se uma tendência para focar a avaliação da saúde funcional apenas na capacidade de realização de AVD e para a saúde subjetiva ser avaliada apenas através da resposta a um único item.

Depois desta ressalva, podemos considerar que os resultados apresentados na revisão da literatura apontam para uma diminuição no nível da funcionalidade com o aumento de idade, mas isto parece não ter um impacto negativo ao nível da saúde subjetiva (Cheng, 2004; Borchelt et al., 1999). No entanto, em idades mais avançadas, quando as perdas começam a ser cumulativas e afetam a capacidade de realização de AVD, verifica-se que isto acaba por ter consequências negativas na saúde subjetiva (Fernández-Ballesteros et al., 2004; Pinguart, 2001). E essa perda de capacidade também pode acabar por conduzir à institucionalização em lares (Fernández-Ballesteros, 1998).

No caso do género, parece haver uma tendência para as mulheres apresentarem pior saúde subjetiva, provavelmente pelo facto de apresentarem também mais doenças (multimorbilidade) do que os homens e por apresentarem maior dependência funcional

e uma maior dificuldade na execução de AVD (Fernández-Ballesteros, 1998; Smith & Baltes, 1998). Por último, importa ainda realçar a influência que a saúde subjetiva ou funcional podem ter no BES (Smith et al., 1999). De facto, parece que as pessoas que avaliam a sua saúde de forma mais positiva, também apresentam mais AP, menos AN e melhor SV (Ruthing & Chipperfield, 2006).

6. Depressão nos idosos

A depressão caracteriza-se por um distúrbio da área afetiva ou do humor que tem um impacto funcional, podendo estar presente em qualquer idade (Irigaray & Schneider, 2007). A doença depressiva é identificada normalmente pelo próprio indivíduo ou por familiares quando os sintomas se agravam ou persistem no tempo (Wilkinsom, Moore, & Moore, 2003). As pessoas depressivas apresentam mudanças cognitivas e comportamentais que passam muitas vezes por apatia, desmotivação e sensibilidade apenas relativa a acontecimentos negativos (Fontaine, 2000), estando muitas vezes presente ansiedade, irritabilidade, agitação e lentidão (Wilkinson et al., 2003). Especialmente quando a depressão se apresenta com uma longa duração e com uma intensidade moderada ou grave, pode tornar-se um problema de saúde grave, podendo levar em casos extremos ao suicídio (WHO, 2012).

Este capítulo irá focar-se sobre a depressão nos idosos, dadas as particularidade que esta doença apresenta nesta fase de desenvolvimento. Por este motivo, a revisão não irá aprofundar modelos de depressão (e.g., modelo cognitivo desenvolvido Beck e seus colegas) visto que estes se baseiam na depressão em adultos e não na depressão geriátrica. Para além disso, a revisão apresentada em seguida não irá incidir sobre a depressão clínica. Por isto, a maioria dos estudos apresentados baseiam-se na utilização de instrumentos de avaliação que dão uma indicação de depressão, suscetível de um aprofundamento clínico.

As depressões na velhice devem-se, muitas vezes, a perdas (e.g., morte de familiares, perda de papéis sociais, problemas económicos), doenças, aspetos sociais, mas também podem ser a consequência da ingestão de alguns medicamentos (Zimerman, 2000), sendo uma das causas mais frequentes de sofrimento emocional em idosos (Blazer, 2003). Estes apresentam sintomas diferentes dos que são apresentados

por jovens (Alcalá, Camacho, & Giner, 2007; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2006), manifestando-se mais por queixas somáticas, por ansiedade e apatia e não tanto pela expressão de tristeza (Lasser, Siegel, Dukoff, & Sunderland 1998; Triadó & Villar, 2006). Isto pode levar, a que estes idosos não sejam diagnosticados, pelo facto dos sintomas não serem reconhecidos como sintomas de depressão. Blazer (2003) refere que muitos idosos com sintomas depressivos não procuram médicos especialistas de doenças mentais e, ao serem atendidos por um médico ou assistente social, não chegam a referir os sintomas depressivos ou estes são desvalorizados, podendo não ser diagnosticados como tal. Um idoso depressivo, pode parecer apenas rezingão, irritável, exigente, confuso, isolado e, no entanto, o seu problema é a depressão (Wilkinsom et al., 2003).

Apesar da depressão geriátrica afetar um terço da população idosa, grande parte destes casos nunca foram diagnosticados, nem sujeitos a tratamentos por profissionais de saúde (Helmchen et al., 1999; Lasser et al., 1998). A ideia de que a depressão nos idosos se trata de uma resposta “normal” ao envelhecimento ou a perdas que surgem nesta fase, poderá contribuir para que muitos casos não sejam diagnosticados ou que sejam tratados inadequadamente (Lasser et al., 1998). Por outro lado, por vezes, os próprios doentes têm alguma resistência em reconhecer sintomas depressivos, devido a estigmas sociais associados a doenças mentais (Brown, & Schinka, 2005).

Apesar disto, é importante ter em conta que os efeitos da depressão podem prejudicar a vida do idoso. Ao nível cognitivo, a depressão poderá afetar a atenção, a memória, a concentração, a motivação, a capacidade de aprendizagem e de tomada de decisão e poderá mesmo causar défices cognitivos (Gallo, et al., 2003; Poon, 1992). Na dimensão social, poderá manifestar-se através do isolamento e, do ponto de vista somático, podem surgir problemas cardíacos, pulmonares e gastrointestinais

(Zimerman, 2000). Por isto, há vantagens no diagnóstico precoce da depressão, impedindo que os danos possam ser maiores.

Relativamente aos dados sobre a incidência de depressão em idosos, parece haver alguma disparidade, devido à diversidade de instrumentos de avaliação e de critérios utilizados no diagnóstico (Triadó & Villar, 2006). Se, por um lado, alguns autores sugerem que a depressão não aumenta com a idade (Helmchen et al., 1999), outros sugerem um aumento, identificando uma maior prevalência de depressão em idosos (Cruz, Miranda, & Borges, 2011). Helmechen et al. (1999) referem não ter encontrado diferenças no diagnóstico de depressão em idosos entre os 70 e os 103 anos. No entanto, quando utilizaram a *Center for Epidemiological Studies - Depression (CES-D*: Radloff, 1977) encontraram diferenças positivas em relação à idade. Estes autores assumiram que a discrepância entre o diagnóstico e os resultados desta escala se referem ao facto da *CES-D* se basear em queixas físicas que são inerentes a situações de multimorbilidade, que estão associadas ao aumento de idade. Por isso consideraram não haver evidência de um aumento da depressão clínica em idosos, mesmo quando se tratava de idosos da quarta idade.

De forma idêntica, Botelho (2005), num estudo transversal com idosos portugueses, de idade igual ou superior a 65 anos, verificou, utilizando a escala de *Hamilton* (Hamilton, 1960), que 68% dos idosos não tinha depressão, não tendo encontrado diferenças entre os diferentes escalões etários. Batistoni, Neri e Cupertino (2010) também não encontraram diferenças significativas num período de dois anos, na prevalência de sintomas depressivos, num estudo longitudinal com indivíduos entre os 60 e os 103 anos, utilizando a *CES-D* (Radloff, 1977).

Fontaine (2000) refere que, apesar de haver uma tendência para admitir que a depressão aumenta a partir dos 60 anos, tal não corresponde à realidade. Este autor

explica que o maior número de pessoas a recorrer ao médico devido à depressão deve-se ao facto do número de idosos ter aumentado e não a uma relação entre a idade e a depressão. No mesmo sentido, Blazer e Hybelis (2005) referem que apesar de haver uma maior risco de depressão em idosos, a frequência de depressões em idosos é menor do que em jovens adultos.

Por outro lado, Chou e Chi (2005) verificaram, utilizando a *Geriatric Depression Scale (GDS-15)*: Sheikh & Yesavage, 1986), numa amostra de indivíduos com 60 anos ou mais, a presença de uma maior prevalência de casos de depressão em idosos mais velhos e encontraram uma associação positiva entre maus níveis de saúde subjetiva, isolamento e problemas financeiros com a depressão, em todos os grupos de idades. Heikkinen e Kauppinen (2004) também verificaram, através de um estudo longitudinal com idosos de 75 anos, ao longo de um período de 10 anos, um aumento significativo de sintomatologia depressiva a partir dos 80 anos em mulheres e a partir dos 85 anos em homens

6.1. Género e depressão

Segundo o quadro de ação da WHO (2007), a presença de mais casos de depressão nas mulheres relaciona-se com a influência de fatores culturais, da idade, do suporte social, de situações de violência doméstica, de problemas económicos, de menos oportunidades de educação emprego, entre outros. Quando é apenas considerada a população idosa, o maior risco de depressão no género feminino deve-se a fatores psicossociais, como o estatuto socioeconómico, e a acontecimentos de vida negativos (e.g., a viuvez, a presença de doenças crónicas na família ou amigos). É também referido o facto de alguns sintomas depressivos poderem ser resultado dos efeitos secundários de alguns medicamentos.

Parece, então, haver uma maior prevalência de casos de depressão em mulheres (Botelho, 2001, 2005; DSM-IV-TR, 2002; Fontaine, 2000; OMS, 2007). Helmchen et al. (1999) verificaram numa amostra de idosos, com idades compreendidas entre os 70 e os 103 anos, através da avaliação com a *Hamilton Depression Scale (HAMD*: Hamilton, 1967) e da *Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D*: Radloff, 1977), que as mulheres idosas têm tendência a apresentar mais sintomas e doenças depressivas do que os homens. Apesar disto, não encontraram diferenças de género relativamente à presença de depressão major, podendo isto dever-se ao reduzido número de casos presente na amostra. Batistoni et al. (2010), num estudo com idosos, verificaram um maior risco de depressão associado ao género feminino, visto que encontraram maior frequência de mulheres nos grupos de incidência e recorrência de sintomatologia depressiva. Ainda de acordo com os resultados dos estudos anteriores, Antonucci et al. (2002) encontraram, num estudo com indivíduos de quatro países, com idades compreendidas entre os 60 e os 103 anos, utilizando a *CES-D* (Radloff, 1977) níveis mais elevados de sintomatologia depressiva em mulheres do que em homens, com exceção do Japão, em que não foram encontradas diferenças de género.

No entanto, Beekman et al. (1995) ao analisar diferenças de género em relação à associação entre saúde física e sintomas depressivos, numa amostra de indivíduos com idades entre os 55 e os 89 anos, verificaram que os homens demonstram maior suscetibilidade para apresentar sintomatologia depressiva perante problemas de saúde.

6.2. Saúde e depressão

Segundo Beekman et al. (1995) as medidas de saúde subjetiva apresentam uma relação forte com sintomas depressivos, comparativamente com medidas objetivas da saúde. Nicolosi et al. (2011) verificaram, numa amostra de idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, que a presença de problemas de saúde e um nível de saúde subjetiva

baixo estavam associados à presença de mais sintomas depressivos, avaliados através da *GDS-15* (Sheikh & Yesavage, 1986). Schneider et al. (2004) num estudo com 74 idosos doentes, com idades compreendidas entre os 64 e os 94 anos, verificaram que a saúde subjetiva apresentava uma forte correlação com medidas como a depressão, através da *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*: Zigmond & Snaith, 1983) e da *PGCMS* (Lawton, 1975).

Buber e Engelhardt (2008) referem, com base num estudo com pessoas de 11 países Europeus, com idades compreendidas entre os 50 e os 84 anos, que limitações ao nível das AVD e défices cognitivos são os principais determinantes da presença de sintomas depressivos, avaliados através da *EURO-D Scale* (Prince et al., 1999), atenuando o efeito da idade sobre os sintomas depressivos Heikkinen e Kauppinen (2004) verificaram que problemas ao nível da saúde física, subjetiva e funcional eram preditores de sintomatologia depressiva, usando a *CES-D* (Radloff, 1977) como instrumento de avaliação.

Mas se, por um lado, as doenças somáticas e o declínio cognitivo e funcional podem ser alguns dos fatores de risco para a depressão, por outro, a depressão também pode ter como consequência a incapacidade física, a perda de autonomia e o agravamento de quadros patológicos (Blazer, 2003; Irigary & Scheneider, 2007; Lindsey & Murphy, 1989). Como foi referido, a depressão nos idosos manifesta-se muitas vezes sob a forma de queixas somáticas (Lasser et al. 1998), o que pode levar a uma perceção negativa do estado de saúde. Jang et al. (2012) comprovam isso, mostrando que várias medidas de sintomas depressivos (*CES-D*, *GDS-15* e *PHQ-9*) apresentaram correlações significativas com a saúde subjetiva, numa amostra de idosos Coreanos, com idade superior a 60 anos. Ou seja, os idosos com mais sintomas depressivos tinham tendência para avaliar de forma mais negativa a sua saúde. Para

além disso, Santos, Fernandes, Reis, Coqueiro e Rocha (2012) verificaram que os idosos com sintomas depressivos apresentam significativamente maior prevalência de limitações funcionais, tendo sido verificada uma forte correlação entre sintomas depressivos, avaliados através da *GDS-15* (Sheikh & Yesavage, 1986) e os resultados num teste de mobilidade (*Walk Test*). Estes autores constataram que os idosos com sintomas depressivos apresentavam uma prevalência para problemas funcionais 82% maior do que os idosos sem sintomas depressivos.

6.3. Breve reflexão

Podemos concluir que a depressão nos idosos manifesta-se de forma diferente em relação a idades mais jovens (Lasser et al., 1998; Triadó & Villar, 2006), sendo muitas vezes vista como uma resposta normal ao envelhecimento, o que pode levar a que muitos idosos deprimidos não sejam diagnosticados adequadamente (Helmchen et al., 1999; Lasser et al., 1998). Deve haver, por isso, algum cuidado na avaliação da depressão em idosos.

Um dos primeiros instrumentos de avaliação desenhados para avaliar a depressão em idosos foi a *GDS-15* (Sheikh & Yesavage, 1986). Esta escala apresenta vantagens em relação a outras (e.g., *BDI*: Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; *CES-D*: Radloff, 1977; *HTSD*: Hamilton, 1960), precisamente pelo facto de se focar apenas em aspetos psicológicos de depressão e não em sintomas físicos, que são indicadores de depressão em idades mais novas, mas não em idosos. Brown, Woods, & Storandt (2007) testaram a sua estrutura em idosos demenciados, não demenciados, e com doença psiquiátrica. Os resultados apontaram para uma estrutura bifatorial, constituída pelo fator Afeto Depressivo Geral (ADG) e pelo fator SV, com correlações fracas a moderadas entre os dois fatores nos demenciados (.12) nos não demenciados

(.39). Entretanto, a estrutura revelou-se unifatorial no grupo psiquiátrico em que foi encontrada uma correlação extremamente forte entre os dois fatores (.93).

Relativamente à influência da idade na depressão, parece não haver resultados unânimes, o que se pode dever à diversidade de instrumentos de avaliação e de critérios utilizados no diagnóstico (Triadó & Villar, 2006). Como tal, alguns estudos sugerem que a depressão aumenta com a idade (Chou & Chi, 2005; Heikinnen & Kauppinen), enquanto outros não referem esta relação (Cruz et al., 2011; Helmchen et al., 1999). No entanto, problemas na saúde física e funcional, que poderão surgir com o avançar da idade, podem constituir fatores de risco para a depressão. Por outro lado, a depressão também pode promover a incapacidade e o agravamento de quadros patológicos (Blazer, 2003; Irigary & Scheneider, 2007).

Por último, importa referir que em relação ao género, apesar da diversidade de instrumentos de avaliação utilizados, a maioria dos estudos referem uma maior prevalência de depressões em mulheres (WHO, 2007). Acresce ainda que, conforme já foi referido no ponto 1.2., alguns apontam para a prevalência de depressão nos idosos institucionalizados (Triadó & Villar, 2006), enquanto que outros nos comunitários (Costa, 2005).

7. Formulação do problema de investigação

Ao longo da revisão da literatura, procurou-se abordar o envelhecimento de acordo com uma perspetiva desenvolvimental, tendo sido apresentadas diversas teorias e estudos que permitissem compreender este fenómeno.

Como foi referido, tem-se verificado um envelhecimento da população, pelo que tem sido cada vez mais pertinente refletir acerca dos fatores que podem contribuir para uma adaptação bem-sucedida ao envelhecimento. É indiscutível que, com o avançar da idade, surgem alguns fatores de risco, nomeadamente o aumento de problemas de saúde físicos e mentais e a diminuição de funcionalidade (e.g., Baltes & Mayer, 1999; Kunzmann et al., 2000). Também surgem perdas devido à morte de companheiros sociais, à diminuição de atividades, de contactos e de papéis sociais (e.g., Smith et al., 1999).

No entanto, paradoxalmente face ao esperado, muitos idosos, devido à adoção de mecanismos de seleção e de *coping*, ou de estratégias de regulação emocional, conseguem superar estes acontecimentos negativos de uma forma positiva, impedindo que o BES seja afetado negativamente (e.g., Baltes, 2003; Baltes & Baltes, 1990; Carstensen et al., 1999; Márquez-González et al., 2008; Gross et al, 1997).

Nos últimos anos, o envelhecimento deixou de ser visto apenas como uma fase de declínio, passando a ser considerada uma fase de desenvolvimento, onde perdas e ganhos interagem ao longo do ciclo de vida. Nesta sequência, surgem uma série de abordagens que procuram definir o que é possível e desejável que ocorra ao longo do desenvolvimento, para permitir contrariar as limitações que surgem com o envelhecimento, como é o caso da metateoria de seleção, otimização e compensação (Baltes & Baltes, 1990).

Com base nestes pressupostos, procurou-se estudar três modelos preditores de sucesso no envelhecimento, usando como critérios indicadores subjetivos cognitivos, comportamentos SOC e SV, e afectivos, ADG e AP/AN. Considerou-se prioritário o uso de indicadores subjetivos, de forma a ter uma maior compreensão acerca do que o idoso sente na realidade. Pensa-se que esta informação poderá ajudar os cuidadores e profissionais de saúde a adequar as intervenções às necessidades dos idosos.

Optou-se por utilizar os comportamentos SOC pelo facto de se apresentarem como o reflexo de uma boa capacidade de adaptação e de sucesso no desenvolvimento (Baltes & Baltes, 1990), tendo por base uma boa sustentação teórica e evidência empírica. Por outro lado, também foi utilizado o BES, pelo facto de ser tido como um indicador importante do envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Smith et al., 1999). Note-se que o BES irá ser tomado neste trabalho em termos da avaliação cognitiva, através da SV (Brown et al., 2007) e em termos avaliação afetiva, através dos AP e AN (Watson et al., 1988). Por outro lado, a depressão na velhice, e mais especificamente o ADG (Brown et al., 2007), pode surgir como resposta a perdas inerentes ao envelhecimento, podendo criar constrangimentos a uma adaptação bem-sucedida.

Quanto às variáveis preditoras dos modelos, estas foram seleccionadas de acordo com a importância que poderão ter no envelhecimento. Assim sendo, uma das variáveis seleccionadas foi a idade, tendo sido classificada como terceira e quarta idades (Baltes & Mayer, 1999). Como já foi referido anteriormente, os idosos da terceira idade têm tendência a apresentar melhor forma física e mental, melhores níveis de BES e maior facilidade de adaptação; pelo contrário, a quarta idade está mais associada a perdas, disfuncionalidade e multimorbilidade (Baltes & Smith, 2003). Perante este aumento de limitações, perdas e problemas de saúde na quarta idade, considerou-se que os idosos da

terceira idade adotariam mais comportamentos SOC, apresentariam melhores níveis de SV e ADG, bem como mais AP e menos AN comparativamente com os idosos da quarta idade.

Outra das variáveis foi o Estatuto Residencial (ER), tendo sido classificada como institucionalizados e comunitários. Como foi referido, a institucionalização do idoso envolve tanto a adaptação a um conjunto de situações novas como uma série de alterações ou perda de recursos que possuíam anteriormente, o que pode ter impacto negativo na sua adaptação (Baltes, Maas, et al., 1999). Espera-se que os idosos institucionalizados em comparação com os comunitários, pelo facto de terem de se adaptar a um contexto diferente e estando por vezes longe de pessoas significativas (Baltes, Maas, et al., 1999), adotariam menos comportamentos SOC, apresentar-se-iam menos satisfeitos com a sua vida, teriam piores níveis de ADG e experienciariam menos AP e mais AN (Smith et al., 2002). No entanto, parece não haver consenso quanto ao impacto das institucionalização do idoso, o que pode dever-se à diversidade de casas de repouso e lares residenciais e, portanto, às diferentes condições que oferecem (Duarte & Paúl, 1994).

O género é outra variável muito importante no estudo do envelhecimento, não só devido à diferença na esperança média de vida entre homens e mulheres (Kinsella & Velkoff, 2001), mas também devido à forma como homens e mulheres se distinguem na sua vivencia do envelhecimento (Smith & Baltes, 1998). No entanto, esta variável não foi considerada no primeiro estudo (Figura 1), visto que ela não é pertinente enquanto preditora do uso de comportamentos SOC. Relativamente aos estudos seguintes (Figuras 2 e 3), espera-se que as mulheres apresentem piores níveis de SV (Diniz et al., 2011) e de ADG (Brown et al., 2007; Helmchen et al., 1999) e que experimentem menos AP e mais AN (Smith et al., 1999).

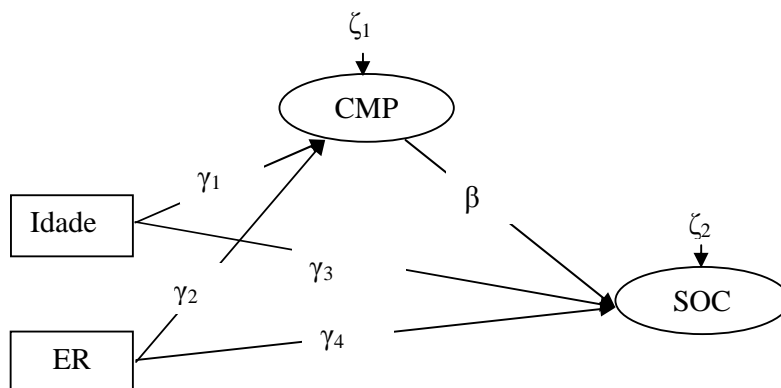


Figura 1. Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade e do ER sobre os comportamentos SOC: Diagrama conceitual. Idade (65-79 anos vs. 80 anos ou mais); ER = Estatuto Residencial (institucionalizados vs. comunitários); CMP = capacidades motoras percebidas; SOC= seleção, otimização e compensação; γ_i = efeitos diretos dos preditores observados Idade e ER sobre os critérios latentes CMP e SOC; β = efeito direto entre os dois critérios latentes; $\gamma_{(1,2)} \times \beta$ = efeitos indiretos dos preditores observados sobre o critério latente SOC; ξ_i = quantidade de variância dos critérios latentes que não é capturada pelos preditores.

A CMP, enquanto faceta da SFS, foi considerada como variável mediadora nos três estudos (Figuras 1, 2 e 3). Optou-se pela CMP em detrimento da capacidade sensorial percebida pelo facto de se encontrar mais próximo do exercício das AVD, o qual é determinante do envelhecimento bem-sucedido. Surge assim como algo inovador, na medida em que são escassos os estudos acerca deste construto. Apesar de muitos idosos procurarem manter uma avaliação positiva da sua saúde, modificando os seus critérios de avaliação (Borchelt et al., 1999), com o avançar da idade e consequentemente com o aumento de disfuncionalidades a saúde subjetiva acaba por sofrer um declínio (Ocampo, 2010; Pinquart, 2001). Estando a CMP relacionada com as capacidades funcionais, espera-se que os idosos da terceira idade apresentem melhor CMP. Por outro lado, o facto dos idosos institucionalizados terem mais problemas ao nível da saúde funcional, envolverem-se em menos AVD e terem mais dificuldade na sua concretização (Baltes, Maas, et al., 1999) leva a crer que os idosos comunitários apresentem melhor CMP. Quanto à influência do género, espera-se que os idosos do género masculino apresentem melhor CMP, uma vez que as mulheres parecem

apresentar maior dependência funcional e maior dificuldade na execução de AVD, refletindo-se em piores resultados ao nível da SFS (Fernández-Ballesteros, 1998; Smith & Baltes, 1998). Por sua vez, espera-se que a CMP tenha influência sobre cada um dos critérios, sendo que um melhor nível de CMP contribuirá para a adoção de mais comportamentos SOC (Baltes & Baltes, 1999; Baltes, Maas et al., 1999), para uma melhor SV (Borg et al., 2006) e ADG (Beekman et al., 1995), bem como para a experimentação de mais AP e menos AN (Smith et al., 1999).

Mais concretamente, relativamente ao primeiro estudo (Figura 1), supõe-se que haja uma influência da Idade dos idosos (terceira vs. quarta-idade) e do ER na sua CMP, e também sobre o seu uso de comportamentos SOC. Também podemos assumir que a CMP dos idosos poderá ter influência no uso de comportamentos SOC. Considerando todas estas relações, pressupõe-se a existência de uma influência indireta da Idade e do ER sobre os comportamentos SOC, mediada pela CMP. Com este estudo, pretende-se avaliar o efeito de mediação da CMP na relação de predição entre a Idade e o ER sobre os comportamentos SOC, na presença dos efeitos diretos da idade e do ER sobre o SOC.

Com o segundo e terceiro estudos (Figuras 2 e 3) pretende-se avaliar um conjunto de relações semelhantes às do primeiro estudo, considerando-se também o preditor Género. No segundo estudo pressupõe-se a existência de uma influência das variáveis preditoras, sobre a SV e sobre o ADG, mediada pela CMP (Figura 2), e no terceiro estudo pressupõe-se a existência de uma influência indireta das variáveis preditoras sobre os AP e AN, mediada pela CMP (Figura 3).

Neste trabalho não se considerou apenas a ligação de variáveis sociodemográficas com os indicadores subjetivos de sucesso no envelhecimento. Uma vez conhecido o seu fraco poder preditivo e a divergência de resultados apresentados em diversos estudos, nomeadamente no que respeita à influência que têm no BES, como

pôde verificar-se no ponto 2., foi também considerada a mediação da CMP. Assim, através deste construto, pretende-se compreender de que forma a percepção que os idosos têm dos seus recursos tem influência no envelhecimento bem-sucedido. Há assim uma tentativa de conjugação das teorias topo-base e base-topo (Diener, 1984), na medida em que se conjugam efeitos de variáveis sociodemográficas, contextualmente dependentes, com o efeito de uma outra variável (CMP) mais dependente de critérios subjectivos, sobre indicadores de sucesso no envelhecimento.

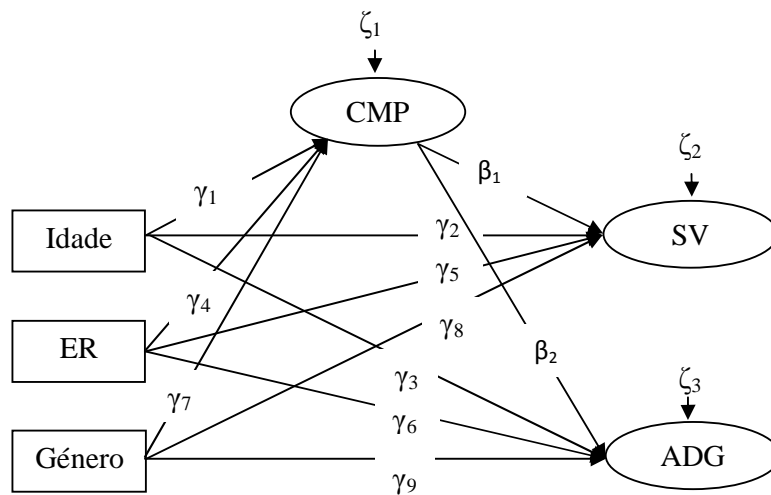


Figura 2. Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade, do ER e do Género sobre a SV e o ADG: Diagrama conceitual. SV = Satisfação com a Vida; ADG = Afeto Depressivo Geral. Ver a Figura 1 para outras abreviações e explicitação das relações entre as variáveis.

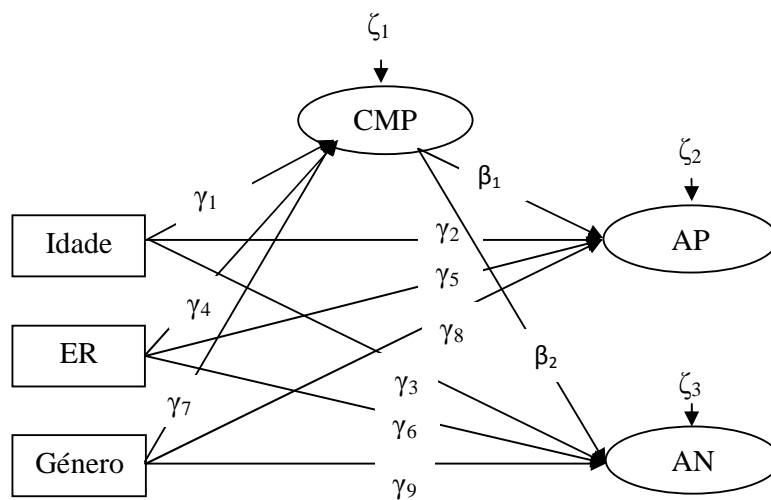


Figura 3. Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade, do ER e do Género sobre os AP e os AN: Diagrama conceitual. AP = afetos Positivos; AN = afetos negativos. Ver a Figura 1 para outras abreviações e explicitação das relações entre as variáveis.

Parte II: Estudos Empíricos

8. Nota metodológica

Uma vez apresentada a revisão da literatura, bem como os objetivos deste trabalho, segue-se a exposição dos estudos acerca dos três modelos preditores do envelhecimento bem-sucedido atrás referidos.

Os modelos são idênticos entre si, tendo por isso sido adotado o mesmo procedimento de recolha e análise de dados, havendo apenas pequenas variações nos diferentes estudos de acordo com o(s) indicador(es) subjetivo(s) de envelhecimento bem-sucedido considerado(s). O texto apresentado no primeiro estudo segue de muito perto o do artigo já publicado de Pimentel e Diniz (2012), o qual serve de modelo para a apresentação dos restantes dois estudos.

Para estes estudos recorreu-se a modelos de mediação, através da modelação de equações estruturais (Iacobucci, Saldanha, & Deng, 2007). O facto de se ter considerado o efeito de mediação pode trazer vantagens em termos de aplicabilidade do estudo, na medida em que a variável mediadora considerada neste trabalho (CMP) está mais dependente das pessoas do que as variáveis critério (SOC, SV, ADG, AP e AN), que estão mais dependentes do contexto. Isto confere à variável mediadora um carácter menos estático e mais facilmente modificável do que as variáveis critério. Para além disso, as equações estruturais trazem algumas vantagens relativamente às regressões, visto que permitem estudar os efeitos diretos e indiretos em simultâneo (Iacobucci et al., 2007) e, ainda, o facto de poderem ser tomadas diferentes variáveis predictoras em simultâneo. Ou seja, desta forma, é possível ter maior garantia de qual a importância relativa de cada uma das variáveis predictoras em relação aos critérios.

Convém ainda referir que ao longo deste texto é (e foi) utilizado o termo efeito para descrever as relações de predição entre as variáveis em jogo nos estudos, sabendo-se, contudo, que tratando-se de análises estatísticas que partem de

correlações/covariâncias entre variáveis, não se deve tomar este termo como significando a existência de causalidade nas relações entre essas variáveis. Trata-se apenas de incluir no discurso o termo que comumente é utilizado na literatura para traduzir a existência de uma influência entre preditores e critérios. Assim, os resultados interpretados em termos de efeitos, providenciam, na melhor das hipóteses, evidências de inferências causais fracas. Pelo contrário, inferências causais fortes, isto é, efeitos propriamente ditos, só podem ser feitas através de estudos experimentais (e.g., Schumacker & Lomax, 1996; Cook & Campbell, 1979).

9. Estudo 1 – Modelo de mediação da capacidade motora percebida (CMP) no efeito da Idade e do Estatuto Residencial (ER) sobre os comportamentos SOC

9.1. Método

9.1.1. Participantes

Dos 221 participantes, foi extraída uma amostra de 107 idosos portugueses voluntários, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos ($Mdn = 80$), seleccionada através de processos não-probabilísticos de amostragem num ambiente urbano. Todos os idosos eram capazes de realizar AVD e apresentavam uma situação não-clínica, visto que foram excluídos do estudo aqueles que revelaram défice cognitivo avaliado através do *Mini-Mental State Examination* (MMSE: Guerreiro et al, 1994; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) ou depressão, avaliada através de uma versão portuguesa da Escala *GDS-15* (Sheikh & Yesavage, 1986), a EDG-15 (Diniz, 2007a) com um ponto de corte 10/11 (Tumas, Rodrigues, Farias, & Crippa, 2008). Foram ainda excluídos do estudo, todos os idosos que apresentaram valores omissos no QSOC ($n = 28$).

A maioria dos idosos tinham mais de 79 anos (54.2%), pertenciam ao género feminino (71%) e não eram casados nem vivia em união de facto (78.5%). Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes eram analfabetos (27.1%) ou tinham quatro ou menos anos de escolaridade (52.3%). A amostra era constituída maioritariamente por idosos comunitários (68.2%), e os restantes idosos residiam em lares (no mínimo há um ano).

9.1.2. Instrumentos

Mini Mental State Examination (MMSE). A adaptação portuguesa do MMSE (Guerreiro et al., 1994) foi utilizado para efeitos de rastreio. Esta prova é constituída por 30 perguntas relacionadas com seis áreas de função cognitiva: orientação (dez

perguntas), retenção (três perguntas), atenção e cálculo (cinco perguntas), evocação (três perguntas), linguagem (oito perguntas) e habilidade construtiva (uma pergunta).

A cotação dos resultados varia entre zero e 30 pontos e os pontos de corte para a demência dependem do nível de escolaridade. Na versão portuguesa (Guerreiro et al., 1994) considera-se como fronteira para a demência pontuações menores ou iguais a 27 para mais de 11 anos de escolaridade, pontuações menores ou iguais a 22 para um a 11 anos de escolaridade e pontuações menores ou iguais a 15 para analfabetismo.

Escala de Depressão Geriátrica (versão reduzida) (EDG-15). A EDG-15 (Diniz, 2007a), tradução portuguesa da versão de 15 itens da *Geriatric Depression Scale (GDS-15*: Sheikh & Yesavage, 1986) a que foi traduzida de acordo com as diretrizes de tradução e adaptação de testes da *International Test Commission* (ITC, 2010; Hambleton, 2001). A EDG-15 é utilizada para o rastreio de sintomas depressivos, sendo constituída por itens dicotômicos, aos quais os idosos devem responder como se sentiram na última semana, de acordo com as opções: sim = 1 no caso de o sintoma de depressão estar presente; não = 0, no caso de não estar presente (e.g., "Item 7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? SIM / NÃO"). Os itens 1, 5, 7, 11 e 13 encontram-se negativamente cotados, sendo por isso necessário recodificá-los, para que indiquem depressão quando são respondidos negativamente.

A pontuação da EDG varia entre zero e 15 pontos: uma pontuação maior do que cinco sugere depressão e deve conduzir a uma avaliação e acompanhamento compreensivo do caso e uma pontuação maior ou igual a 10 é quase sempre indicadora de depressão. Tumas et al. (2008) verificaram, em idosos brasileiros com doença de Parkinson, que o ponto de corte que melhor discriminou os deprimidos dos não deprimidos foi 8/9, mas o melhor ponto de corte para fins diagnósticos foi 10/11.

Questionário de Capacidade Motoras Percebida (QCMP). O QCMP é constituído por seis itens (Diniz, 2008; Pimentel & Diniz, 2013) e foi utilizado para a avaliar a percepção dos idosos acerca das suas capacidades motoras básicas envolvidas na realização de atividades da vida diária: mastigar, equilíbrio para apanhar coisas do chão, locomoção (e.g, andar, subir/descer degraus), motricidade fina (e.g., escrever, abotoar/desabotoar botões), equilíbrio quando está parado, força nas mãos (e.g. agarrar coisas, cozinhar, lavar a loiça). A forma de resposta aos itens é dada numa escala de tipo-*Likert* de sete pontos, que varia entre “péssima/muitíssimo má” (0) e “perfeita/muitíssimo boa” (6). A sua sequência de apresentação foi organizada de forma aleatória.

Questionário de Seleção, Otimização e Compensação (QSOC). Foram utilizados os primeiros 16 itens do QSOC de 48 itens (P. B. Baltes, M. M. Baltes, Freund, & Lang, 1999; Freund & Baltes, 2002) para avaliar o uso de comportamentos SOC pelos participantes. Os itens são dicotómicos e são constituído por um comportamento SOC e um comportamento não SOC, sendo pedido aos indivíduos que selecionem o comportamento com que se identificam relativamente à sua forma de atuação no dia-a-dia. A escolha de um comportamento SOC corresponde a uma resposta desejável, por exemplo, no item 9

“Quando penso no que quero na vida:

A concentro-me em um ou dois objetivos importantes;

B espero para ver o que acontece em vez de me dedicar a apenas a uma ou duas coisas importantes”,

a opção A indica um comportamento de seleção eletiva.

Os itens são organizados sequencialmente da seguinte forma: item 1 como indicador de seleção eletiva (SE), item 2 de otimização (O), item 3 de seleção baseada

em perdas (SBP), item 4 de compensação (C), sendo esta sequência de comportamento SOC sistematicamente repetida para os restantes itens. A pontuação poderá ser calculada para cada uma dos comportamentos SOC (SE, O, SBP, e C), mas também poderá ser calculada a nota compósita do total da escala SOC.

Os primeiros 12 dos 16 itens utilizados neste estudo correspondem aos 12 itens da versão reduzida do QSOC (P.B. Baltes, et al., 1999; Freund & Baltes, 1998), traduzido e adaptados da versão inglesa, de acordo com as diretrizes de ITC, para serem utilizados em idosos portugueses. Este processo é descrito detalhadamente por Amado, Diniz e Martins (2006), sendo importante destacar duas questões emergentes num estudo piloto realizado com a prova: a necessidade de criar itens para treino devido à dificuldade apresentada por idosos, na resposta aos itens sob a forma de entrevista; e, a necessidade de criar uma versão mais simplificada do conteúdo dos itens.

A análise fatorial confirmatória (AFC) da versão portuguesa de 12 itens, com uma amostra de 150 idosos comunitários, revelou uma estrutura unifatorial constituída por seis itens (SE, item 9; O, itens 2 e 10; SBP, item 11; e, C, itens 4 e 12). Amado et al. (2006) apresentam algumas explicações metodológicas para a redução do número de itens. A resposta ao QSOC implica a seleção de um comportamento SOC, ou não SOC, e o nível de dificuldade desta tarefa aumenta quando o questionário é aplicado sob a forma de entrevista. Contrariamente ao autopreenchimento, os sujeitos não têm a possibilidade de reler os itens as vezes que forem necessárias, e ainda que o entrevistador possa reler os itens, isso não será equivalente à releitura feita pelo próprio. Assim sendo, a tarefa torna-se mais exigente cognitivamente (memória de trabalho). Para além disso, os autores referem que também no estudo original do QSOC com 12 itens auto preenchidos (P. B. Baltes et al., 1999), alguns deles, nomeadamente os relacionados com a SBP, apresentavam um elevado número de respostas omissas (entre

27% a 30%). Com base nesta evidência, Amado et al. (2006) consideraram que no caso da hetero-administração estes dados omissos podem transformar-se em repostas ao acaso, apenas para agradar ao entrevistador. Este fenómeno poderá também prender-se com as características dos itens, visto que alguns são muito longos e apresentam diferenças entre os comportamentos SOC e não SOC difíceis de destringir.

Partindo deste conhecimento, a tradução de inglês para português dos restantes 36 itens, dos 48 que compõem o QSOC (Diniz, 2007b) foi realizada de acordo com as diretrizes de ITC (2010). Estes itens foram também traduzidos de alemão para português no contexto do presente estudo. Em seguida, foram comparadas as duas traduções, e chegou-se à avaliação final em português através de uma reflexão falada entre dois juízes com experiência de administração de testes em idosos.

Foram utilizados no estudo os 12 itens da versão reduzida do questionário (Amado et al., 2006) e, como se previa a existência de alguma dificuldade dos idosos portugueses na resposta aos itens, foram acrescentados quatro novos itens provenientes do questionário de 48 itens (itens 13, 14, 15 e 16). Nesta versão de 16 itens procurou-se simplificar o seu conteúdo em termos linguísticos, aproximando-os de uma forma de linguagem coloquial e adequada ao formato de entrevista (Pimentel & Diniz, 2010).

9.1.3. Procedimento

Recolha de dados. Tanto os idosos como os seus cuidadores, foram previamente informados acerca dos objetivos do estudo, tendo sido assegurada a participação voluntária dos idosos através de consentimento informado escrito (Anexo 1). Também foi solicitada e obtida autorização para o uso das provas neste estudo (Anexo 2).

A amostra foi selecionada através de processos não-probabilísticos: amostragem de conveniência, com o intuito de chegar até aos idosos comunitários, que não frequentavam centros de dia, e amostragem intencional para os restantes. Os idosos

institucionalizados ou que frequentavam centros dia, foram selecionados de acordo com a informação dos cuidadores acerca da sua situação não-clínica, relativamente à ausência de défice cognitivo e de depressão.

O procedimento de recolha de dados deste estudo foi realizado em conformidade com o sugerido por Diniz e Amado (in press). Os instrumentos foram administrados individualmente sob o formato de entrevista, por razões instrumentais e éticas. Todos os entrevistadores eram psicólogos e foram treinados para aplicar as provas, garantindo a padronização do processo.

As razões instrumentais referem-se ao facto da maioria dos idosos não estar familiarizado com a situação de teste/avaliação, podendo fazer com que esta situação fosse sentida como ameaçadora. Para minimizar este efeito, houve a preocupação em criar um ambiente de confiança que facilitasse a expressividade, através de uma relação de simpatia. Procurou-se que as questões, principalmente as de informação clínica e sociodemográfica, fossem feitas no formato de conversa, tornando-se assim algo mais próximo do dia-a-dia para os idosos. Houve ainda o cuidado em mostrar disponibilidade e acompanhar o ritmo de resposta do idoso. Esclareceu-se que o que estava em causa na participação não era a eficácia no desempenho, mas sim a genuinidade da informação fornecida, de forma a reduzir eventuais níveis de ansiedade que pudessem surgir na situação de avaliação. Outras razões instrumentais para recorrer à entrevista prendem-se com limitações inerentes a problemas de saúde funcional (e.g., visão, motricidade fina) e/ou a falta de habilitações literárias dos idosos.

Os motivos de ordem ética relacionam-se com facto de o conteúdo dos testes psicológicos poderem desencadear respostas emocionais negativas em idosos que poderão estar vulneráveis, por motivos de isolamento, saúde, entre outros. A avaliação através do formato de entrevista permitiu atender a estas respostas emocionais.

A entrevista começou com a recolha de dados sociodemográficos com base num breve questionário. Numa segunda fase, os idosos foram avaliados, primeiro em relação à existência de défice cognitivo e, depois, de depressão. Foram excluídos do estudo os idosos que revelaram défice cognitivo (*MMSE*, $n = 60$) ou depressão (*EDG-15*, $n = 13$). A recolha de dados terminava quando, após a administração do *MMSE* ou da *EDG-15*, os respetivos pontos de corte eram atingidos, procurando evitar uma interrupção abrupta da entrevista. Nestes casos, houve o cuidado de informar os cuidadores dos idosos.

O protocolo de recolha de dados concluía com a hétero-administração do QCMP, da EAPAN e do QSOC de 16 itens. A sua sequência de apresentação foi contrabalanceada para evitar efeitos de halo. Procurou-se também terminar a avaliação com conteúdos menos suscetíveis de gerar estados emocionais negativos. Ou seja, a avaliação nunca terminou com a EAPAN, mas sim com o QCMP ou com o QSOC. A duração da administração do questionário demográfico e das provas psicológicas foi variável, dependendo das características pessoais dos idosos, mas levou, na maior parte dos casos, cerca de 50 minutos. Neste estudo, para além das provas de rastreio, apenas foram utilizados o QCMP e o QSOC. A maioria dos idosos, que participaram no estudo, não revelou dificuldades ao nível da compreensão dos itens QCMP, não tendo por isso surgido dados omissos. No entanto, alguns mostraram alguma dificuldade em posicionarem-se ao longo da escala de resposta, tendo em conta a variedade de opções (7 categorias de resposta). Relativamente ao QSOC, apesar da tentativa de ultrapassar os problemas que a prova tinha revelado previamente, alguns idosos continuaram a mostrar dificuldade na compreensão de alguns itens, o que se traduziu em valores omissos. Todos os idosos que apresentaram valores omissos nesta prova ($n = 28$), foram excluídos do estudo.

No final, foi sempre agradecida a participação e colaboração dos participantes, informando que os dados não seriam trabalhados individualmente mas em conjunto com os dados de toda a amostra, de forma a não criar expectativas quanto a eventuais devolutivas sobre os resultados individuais.

Análise de dados. O *IBM SPSS Statistics for Windows* (versão 19) foi utilizado para a análise descritiva dos dados e para recodificar os resultados dos itens 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 13 e 15, do QSOC, invertendo-se a sua pontuação, para que a cotação de 1 correspondesse sempre a um comportamento SOC. O modelo apresentado na Figura 1 foi testado através do *LISREL 8.53* (Jöreskog & Sörbom, 2002).

As variáveis utilizadas para testar o modelo, eram categoriais: dicotômicas no caso da Idade (terceira idade, 1 = 65-79 anos; vs. quarta-idade, 2 = 80 anos ou mais) do ER (1 = lar vs. 2 = residência), e dos itens do QSOC, e as restantes variáveis eram politômicas. No *LISREL 8*, é necessário um tipo específico de parametrização para os dados categoriais (Jöreskog, 2005). Inicialmente, no *PRELIS 2* (Jöreskog & Sörbom, 1996) foi tomada a distribuição contínua latente das respostas aos itens, segmentada por $m - 1$ limites distribucionais (m = número de opções de resposta), para computar uma matriz de correlações policóricas (CP) das respostas latentes, conjuntamente com a sua matriz de covariância assintótica.

Num segundo passo, estas matrizes foram lidas e o modelo foi estimado pelo *LISREL 8-SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993). Utilizou-se o método dos mínimos quadrados diagonalmente ponderados (*DWLS: diagonally wieghted least squares*) que corrige, através da técnica de Satorra-Bentler (1994), os erros-padrão das estimativas e as estatísticas de ajustamento do modelo sob condições de não-normalidade. O robusto *DWLS* revela um bom desempenho com amostras de pequena dimensão ($N = 100$),

mesmo com modelos complexos (20 indicadores distribuídos igualmente por dois fatores) (Flora & Curran, 2004).

Os modelos foram testados em duas fases (Anderson & Gerbing, 1988; Jöreskog & Sörbom, 1993): antes da análise da solução não estandardizada das relações estruturais do modelo da Figura 1, foi examinada a solução estandardizada da análise fatorial confirmatória (AFC) dos modelos de medida operacionalizados pelas provas. Primeiro foram examinados cada um deles e, depois, um modelo fatorial oblíquo que os agregava.

Na AFC dos modelos, para atribuir as unidades de medida aos fatores, a trajetória para cada um dos seus itens foi igualizada a um (1.00). Utilizaram-se os pesos fatoriais estandardizados (β) dos itens para perceber se eles eram adequados para representar os fatores. Neste estudo, para os valores de β foi utilizados o ponto de corte de .39/.40: isto significa que a comunalidade, ou seja a quantidade mínima de variância capturada pelo respectivo fator (R^2 = comunalidade) deveria ser igual a .16 (R^2 ligeiramente superior ao valor tido como moderado, .13, segundo Cohen, 1992).

A avaliação do ajustamento dos modelos aos dados empíricos foi realizada através de três índices: $SB\chi^2$, *comparative fit index (CFI)* e *root mean square error of approximation (RMSEA)*. Estes dois últimos índices foram utilizados porque a precisão do *DWLS* para os valores de $SB\chi^2$ só é inteiramente suportada com amostras maiores ($N = 200$; Flora & Curran, 2004) do que a amostra deste estudo. Neste método o valor de χ^2 tem tendência a aumentar, quando se trata de amostras de pequena dimensão e, consequentemente, pode torna-se estatisticamente significativo. O χ^2 é uma medida absoluta da discrepância entre o modelo e os dados: um nível de probabilidade inferior a .05 para o χ^2 indica falta de ajustamento (Jöreskog & Sörbom, 1993). Note-se que, tendo em conta o que foi referido relativamente à dimensão da amostra deste estudo e às

suas consequências em termos da inflação do valor do χ^2 , foi tomado neste estudo um nível de probabilidade para o χ^2 inferior a .01 para indicar falta de ajustamento. O *CFI* compara o modelo com o modelo de independência, identificando a quantidade de covariâncias extraídas pelo modelo e que deve ser próximo ou superior a .95 para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1998). O *RMSEA* indica a discrepância entre o modelo populacional probabilístico e o modelo não observado isento de erro: um valor próximo, ou abaixo de .06 indicam um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1998).

É importante que, para além da validade fatorial dos modelos de medida, os fatores apresentem uma validade convergente (VC), uma validade discriminante (VD) e uma fiabilidade compósita (FC) aceitável, de forma a assegurar a validade estrutural do modelo de medida (Anderson & Gerbing, 1988). Os resultados das estimativas estandardizadas dos modelos de medida, permitiram examinar a VC, a VD e a FC dos fatores (Fornell & Larckert, 1981). A VC, que deve ser igual ou superior a .50, foi calculada através da expressão $VME = \Sigma \beta_i^2 / (\Sigma \beta_i^2 + \Sigma \epsilon_i)$, onde VME corresponde à variância média extraída dos itens pelo respetivo fator, β é o peso fatorial estandardizado dos itens e ϵ é a variância estandardizada do erro de mensuração ou resíduo estandardizado dos itens. A VD resulta da comparação da VME (quadrado da correlação desatenuada, ϕ^2) com a quantidade de variância partilhada entre os fatores. A variância partilhada entre os fatores deve ser inferior à sua VME específica. A FC dos fatores foi calculada através da expressão $(\Sigma \beta_i)^2 / [(\Sigma \beta_i)^2 + \Sigma \epsilon_i]$, tendo como ponto de corte o valor de .80, indicado para a realização da comparação entre grupos (Nunnally & Bernstein, 1994). Quando um destes critérios não estava assegurado, foi necessário modificar o modelo. No entanto, qualquer alteração do modelo inicial deve ser substancialmente justificada, evitando o risco de capitalização com base no acaso (MacCallum, Roznowski, & Necowitz, 1992).

Para avaliar se cada uma das trajetórias estruturais do modelo da Figura 1 era estatisticamente significativa, as estimativas *DWLS* não estandardizadas (*b*) foram testadas através do cálculo do rácio crítico ($RC = b/\text{erro-padrão}$). Valores de *RC* superiores a 1.96 são normalmente interpretados como significativos com um valor de $p < .05$ (Kline, 2005) mas devido à pequena dimensão da amostra deste estudo foi utilizado um valor superior a 1.98 como significativo, para um nível de $p < .05$; e, um valor de *RC* superior a 1.66 como significativo, para um nível de $p < .10$. É possível justificar esta opção pelo facto da precisão do *DWLS* para produzir erros-padrão é apenas totalmente suportada com amostras maiores ($N = 200$) (Flora & Curran, 2004). Com amostras de pequena dimensão como a deste estudo, os erros-padrão estão inflacionados e, conseqüentemente, a magnitude das estimativas *DWLS* tendem a não ser significativas.

Para apreciar até que ponto foi relevante a quantidade de variância dos fatores (CMP e SOC) capturada pelos preditores (R^2 = coeficiente de determinação), foi utilizada a terminologia de Cohen (1922): $R^2 = .02$ baixo; $R^2 = .13$ moderado; e $R^2 = .26$ elevado.

Para analisar o efeito da mediação da CMP é necessário que os dois efeitos diretos que o compõem sejam estatisticamente significativos. Quando isto verificado, bem como a significância estatística do efeito indireto propriamente dito, foi utilizada a terminologia de Iacobucci et al. (2007) para nomear os estatutos do efeito de mediação: ausente, parcial ou completo.

Tomando como exemplo as relações Idade-CMP-SOC (efeito indireto) e Idade-SOC (efeito direto) (Figura 1), quando o efeito de mediação era “parcial” (Iacobucci et al., 2007), isto é, cada um dos efeitos diretos ($\gamma_{(1)}$ e β) que o compõem eram estatisticamente significativos, bem como o efeito indireto propriamente dito ($\gamma_{(1)} \times \beta =$

$\gamma_{(5)}$) e o efeito direto $\gamma_{(3)}$, foi utilizada a expressão $\Delta z = \gamma_{(6)} - \gamma_{(3)}/\text{raiz quadrada} [(EP_{(6)}^2 + EP_{(3)}^2)/2]$ (Diniz, Pocinho, & Almeida, 2011) para avaliar a mediação da CMP na relação de predição entre a Idade e o fator SOC. Nesta expressão: $\gamma_{(6)}$ = efeito total não estandardizado ($\gamma_{(5)} + \gamma_{(3)}$) da Idade sobre o fator SOC; $\gamma_{(3)}$ = efeito direto não estandardizado da Idade sobre o fator SOC, com os respectivos erros-padrão $EP_{(6)}$ e $EP_{(3)}$. Um teste Δz superior a 1.66 (por causa da dimensão da amostra considerou-se o valor de 1.66 em vez de 1.98) indica que os efeitos em comparação diferem a um nível de significância de $p < .10$: a CMP contribuiu de forma estatisticamente significativa para o efeito total da Idade sobre o fator SOC.

9.2. Resultados

9.2.1. Validade estrutural dos modelos de medida

Modelo de medida do QCMP. Os resultados da AFC mostraram que o modelo do QCMP com seis itens encontrava-se bem ajustado ($SB\chi^2 = 13.25$, $gl = 9$, $p = ns$; $CFI = 1.00$; $RMSEA = .07$), e apresentava uma boa VC (VME), bem como uma boa FC (Tabela 1).

Modelo de medida do QSOC. A AFC revelou que o modelo do QSOC de 16 itens, com as quatro fatores (SE, O, SBP e C), apresentava uma solução inadmissível, visto que a matriz de covariância dos fatores não estava positivamente definida: as correlações desatenuadas entre os fatores eram superiores a 1.00 (SE-SBP, $\phi = 1.98$; O-C, $\phi = 1.05$; SE-C, $\phi = -1.83$; SE-O, $\phi = -2.01$), com a exceção de duas (SB-O, $\phi = -.78$; SB-C, $\phi = -.77$). Este resultado indica multicolinearidade dos itens e, portanto, surgiu a necessidade de colapsá-los a todos num único fator. Este novo modelo apresentava-se bem ajustado (Tabela 2, M1). No entanto, as estimativas dos itens 5 (SE), 8 (C) e 13 (SE), mostraram que eles não eram bons representantes do fator ($R^2 < .16$) (Tabela 3, M1) e, portanto, foram excluídos do modelo.

O modelo sem estes itens ficou bem ajustado (Tabela 2, M2). Os itens representavam bem o fator, no entanto os itens 1 (SE), 3 (SBP) e 15 (SBP), apresentavam um padrão de relação (positivo) oposto aos restantes itens (negativo) (Tabela 3, M2), como tal, estes itens foram excluídos do modelo.

A AFC do modelo SOC de 10 itens, com um único fator, revelou um bom ajustamento (Tabela 2, M3), apresentando uma boa VC (VME), bem como uma boa FC (Tabela 3, M3). É importante ter em conta que cinco dos itens excluídos pertenciam a comportamentos de seleção (SE e SBP) e que um respeitava a um comportamento de C.

Tabela 1. *Modelo do Questionário de Capacidade Motora Percebida (QCMP): estimativas da solução estandardizada, variância média extraída (VME) e Fiabilidade Compósita (FC).*

Item	β	R^2
Mastigar	.62	.38
Equilíbrio para apanhar coisas do chão	.76	.57
Locomoção	.76	.58
Motricidade fina	.65	.43
Equilíbrio parado	.82	.68
Força nas mãos	.67	.45
VME		.51
FC		.86

Nota: VME = variância média extraída; FC = fiabilidade compósita. β = peso fatorial estandardizado ($p < .001$); R^2 (comunalidade) = $1 - \varepsilon$ (variância do resíduo estandardizada).

Modelo oblíquo dos fatores CMP e SOC. A AFC do modelo oblíquo dos fatores, SOC e CMP, mostrou um bom ajustamento ($SB\chi^2 = 120.82$, $gl = 103$, $p = ns$; $CFI = 1.00$; $RMSEA = .04$). Entretanto, o valor da correlação desatenuada para os fatores CMP-SOC demonstrou que esta era moderada ($\phi = -.38$). A variância partilhada

entre os fatores ($\phi^2 = .14$) foi inferior à VME de cada um deles, conforme se pode verificar nos resultados dos testes dos modelos de medida (Tabelas 1 e 2).

Tabela 2. *Índices de ajustamento do modelo do Questionário de Seleção Otimização e Compensação (versão de 16 itens) (QSOC).*

Modelo	$SB\chi^2, gl, p$	<i>CFI</i>	<i>RMSEA</i>
M1	110.30, 104, <i>ns</i>	1.00	.02
M2	80.39, 65, <i>ns</i>	1.00	.05
M3	41.75, 35, <i>ns</i>	1.00	.04

Nota. M1 = Modelo de dois fatores com 16 itens; M2 = M1 com 13 itens; M3 = M2 com 10 itens. SB = Satorra-Bentler; *CFI* = comparative fit index; *RMSEA* = root mean square error of approximation.

Teste do modelo estrutural preditor dos comportamentos SOC. O teste do modelo apresentado na Figura 1 mostrou um bom ajustamento (Figura 4). Note-se que por uma questão de simplicidade, apenas estão representadas na figura as relações estruturais do modelo.

Na amostra verificou-se a existência de uma relação entre a Idade e o ER (Figura 4): os idosos institucionalizados eram mais velhos do que os comunitários. Analisando os efeitos diretos, verificou-se que eles só foram estatisticamente significativos da Idade sobre o fator CMP e da Idade sobre o fator SOC: os idosos na quarta idade apresentam pior nível de CMP e menos comportamentos SOC. Também pode ser observado na Figura 4 que o efeito do fator CMP sobre o fator SOC foi marginalmente significativo: quanto maior o nível da CMP maior o nível de comportamentos SOC.

Entretanto, verificou-se que a magnitude do efeito indireto da Idade sobre o fator SOC foi marginalmente significativa. Podemos considerar que a CMP teve um efeito de mediação parcial (Iacobucci et al., 2007). Contudo, não foi ele o responsável pelo efeito total Idade-SOC. A maior proporção da variância do fator SOC foi capturada pelo efeito

direto (Idade-SOC) e não pelo indireto (Idade-CMP-SOC), isto porque não se verificaram diferenças entre o efeito total e o efeito direto ($\Delta z = -.82, p = ns$).

Tabela 3. *Modelo do QSOC: estimativas da solução estandardizada, VME e FC.*

Item (fator)	M1		M2		M3	
	β	R^2	β	R^2	β	R^2
1 (SE)	.51	.26	.51	.26	-	-
5 (SE)	.11	.01	-	-	-	-
9 (SE)	-.47	.22	-.48	.23	.50	.25
13 (SE)	.01	.00	-	-	-	-
2 (O)	-.56	.31	-.57	.32	.59	.35
6 (O)	-.71	.50	-.71	.50	.71	.51
10 (O)	-.65	.43	-.66	.43	.68	.46
14 (O)	-.80	.65	-.80	.64	.78	.61
3 (SBP)	.49	.24	.48	.23	-	-
7 (SBP)	-.46	.21	-.46	.21	.47	.22
11 (SBP)	-.47	.22	-.48	.23	.48	.23
15 (SBP)	.52	.27	.50	.25	-	-
4 (C)	-.50	.25	-.50	.25	.53	.28
8 (C)	.10	.01	-	-	-	-
12 (C)	-.70	.49	-.70	.49	.74	.54
16 (C)	-.88	.77	-.88	.77	.86	.74
VME						.42
FC						.87

Nota. SE = Seleção Eletiva, O = Otimização; SBP = Seleção Baseada em Perdas; C = Compensação. Ver a Tabela 1 para outras abreviaturas.

Por último, quanto à quantidade de variância bem capturada pelos seus preditores, para o SOC e para a CMP foi moderada (Cohen, 1992).

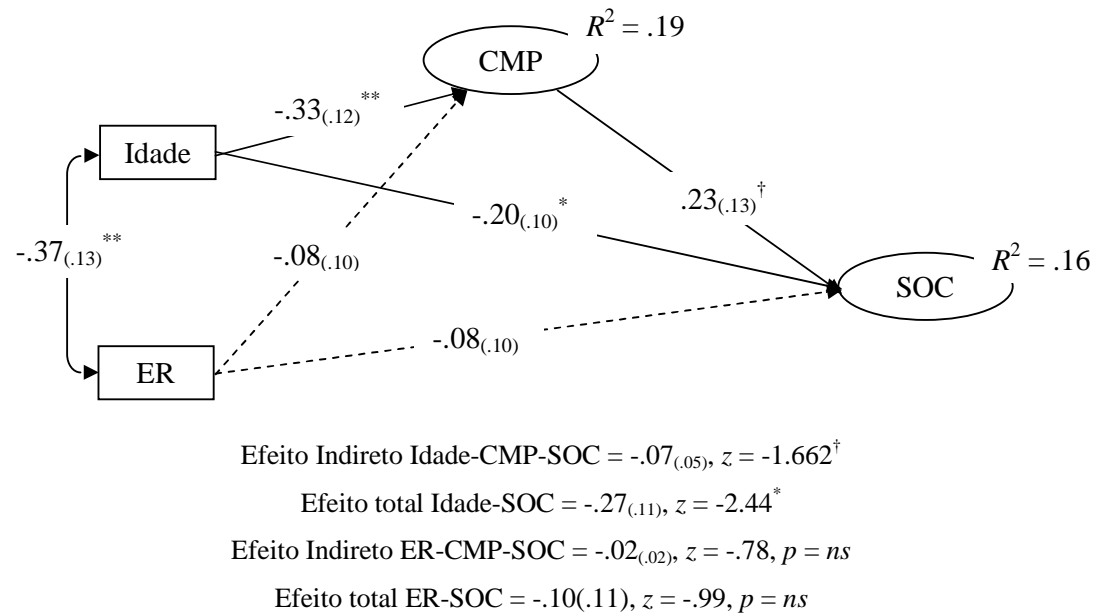


Figura 4. Teste do modelo da Figura 1. Idade (1 = 65-79 anos vs. 2 = 80 ou mais anos); ER (1 = institucionalizados vs. 2 = comunitários). Índices de ajustamento: $SB\chi^2 = 143.22$, $gl = 131$, $p = ns$; $CFI = 1.00$; $RMSEA = .03$. Erros-padrão entre parêntesis; R^2 (coeficiente de determinação) = quantidade de variância dos fatores capturada pelos preditores. Ver a Figura 1 para outras abreviaturas.

$^{\dagger}p < .10$, $*p < .05$, $**p < .01$

9.3. Discussão

Neste estudo examinou-se o efeito de mediação da CMP nos efeitos diretos da Idade (terceira vs. quarta idade) e do ER (institucionalizados vs. comunitários) sobre a utilização de comportamentos SOC.

Relativamente ao modelo de medida do QCMP (Diniz, 2008; Pimentel & Diniz, 2013) verificou-se um bom ajustamento aos dados empíricos, apresentando também uma boa VC e FC. No que se refere ao modelo do QSOC (Diniz, 2007b; Pimentel & Diniz, 2010) também se verificou um bom ajustamento, uma boa VC e FC. No entanto, o facto de se terem verificado correlações desatenuadas anómalas entre a maior parte dos fatores SOC (SE, O, SBP e C) levou a que os seus itens fossem colapsados num só fator, que se caracteriza essencialmente por itens de O e C.

A redução no número de itens do modelo unifatorial do QSOC de 16 para 10, bem como a sua agregação num único fator (SOC), deverão ser justificadas substantivamente, evitando a possibilidade de capitalização com base no acaso, por exemplo devido a idiosincrasias da amostra (MacCallum et al., 1992). É importante saber que, tal como neste estudo, outros estudos com idosos portugueses também revelaram problemas ao nível do funcionamento deste questionário (Amado et al., 2006). Para além disso, ambos os resultados podem estar relacionados com o facto de Freund e Baltes (1998) terem verificado que os comportamentos de O, C, e da nota compósita resultante de todos os itens do QSOC, serem as variáveis mais relacionadas com indicadores de envelhecimento bem-sucedido. Outro aspeto que também deve ser considerado prende-se com algumas particularidade dos participantes, nomeadamente o baixo nível de literacia que apresentam, em comparação com outros estudos do QSOC (Freund & Baltes, 1998, 2002). Estes aspetos poderão ter contribuído para que tenha havido uma maior dificuldade na compreensão e na resposta a alguns itens do

questionário. Para além disso, com o intuito de ultrapassar limitações inerentes a problemas de SF e/ou a falta de habilitações literárias dos idosos, optou-se pela hetero-administração dos questionários, o que poderá ainda ter dificultado mais a tarefa de resposta. Neste processo, os idosos teriam que escolher entre uma resposta SOC ou não SOC, o que implica alguma capacidade de memorização e atenção perante diferenças que, por vezes, são subtis. Por outro lado, no caso de terem surgido dúvidas, os idosos poderão ter ficado inibidos em pedir a releitura dos itens, contrariamente à autoadministração em que as pessoas podem reler os itens as vezes que forem necessárias. Isto poderá dar origem a respostas aleatórias, apenas com o intuito de agradar o entrevistador (Amado et al., 2006).

Relativamente ao modelo da Figura 4, verificou-se que apenas a Idade teve efeitos diretos sobre os fatores CMP e SOC, sendo que a CMP e os comportamentos SOC foram menores em idosos da quarta idade. Estes resultados podem ser explicados pelo facto da quarta idade ser caracterizada por perdas consideráveis ao nível cognitivo, aumento da síndrome de stress crónico, prevalência de demência e elevados níveis de fragilidade, vulnerabilidade, multimorbilidade e de disfuncionalidade (Baltes & Smith, 2003). A revisão da literatura demonstra que, a partir da quarta idade, a diminuição na capacidade funcional e o aumento de doenças poderão ter um impacto negativo na saúde subjetiva (Hoyeman et al., 1997; Pinquart, 2001) e, podemos também dizer, na SFS, ou mais especificamente, sobre a CMP. Quanto aos comportamentos SOC, os resultados obtidos foram ao encontro dos de outros estudos: uma diminuição na utilização de comportamentos SOC em idosos mais velhos (Freund & Baltes, 1998, 2002). A partir da quarta idade, a diminuição de plasticidade e o aumento de perdas, levam à diminuição de recursos e, por conseguinte, os idosos deixam de conseguir

compensar as perdas com recurso a estes mecanismos de adaptação (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, 1997).

De acordo com os resultados encontrados, o ER não teve qualquer efeito na CMP ou na utilização de comportamentos SOC, reforçando a ideia de que nem sempre o contexto institucional, por si, tem um impacto negativo nos idosos (Costa, 2005; del Pino, 2003; Fernández-Ballesteros, 1998). Para além disso, é importante referir que a maioria dos idosos comunitários que participaram no estudo eram utentes de centros de dia, contactando assim diariamente com dinâmicas institucionais semelhantes às que podem ser encontradas em lares, o que poderá ter reduzido as diferenças entre os dois grupos.

Neste estudo constatou-se também que quanto menor era a CMP, menores eram os comportamentos SOC, o que reforça a ideia de que a capacidade de adaptação às perdas poderá atingir um limite, traduzindo-se num predomínio de perdas relativamente aos ganhos (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, Maas et al., 1999). Ou seja, perante limitações motoras maiores, os comportamentos SOC começam a perder a eficácia, o que poderá levar a que as pessoas recorram cada vez menos a estes mecanismos de adaptação (Freund & Baltes, 1998, 2002).

Observou-se, ainda, que o efeito de mediação da CMP foi parcial, sendo comparáveis os efeitos direto e indireto, na presença do efeito direto (Iacobucci et al., 2007). Este resultado reforça a importância de considerar os aspetos subjetivos relativos à capacidade motora no estudo do envelhecimento e de como estes poderão ter um papel importante na manutenção de um envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente no uso de comportamentos SOC.

No entanto, é importante ainda considerar as limitações que este estudo apresenta relacionadas com a reduzida dimensão da amostra e com o método de

amostragem utilizado, o que inviabiliza a extrapolação dos resultados para a população. Também facto de o processo de recolha de dados ter sido realizado sobre a forma de entrevista é uma particularidade deste trabalho. Sugere-se assim, que este estudo seja replicado em estudos futuros com outras amostras e de maior dimensão, de forma a contribuir para o processo de generalização dos resultados aqui encontrados.

10. Estudo 2 – Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade, do ER e do Género sobre a SV e o Afeto Depressivo Geral (ADG)

10.1. Método

10.1.1. Participantes

Dos 221 participantes, foi extraída uma amostra de 131 idosos portugueses voluntários, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos ($Mdn = 80$), seleccionada através de processos não-probabilísticos de amostragem, num ambiente urbano. Todos os idosos eram capazes de realizar AVD e não revelavam défice cognitivo na avaliação através do *MMSE* (Guerreiro et al., 1994; Folstein et al., 1975). No entanto, foram incluídos os idosos que revelaram depressão, avaliada através da EDG-15 (Diniz, 2007a), com um ponto de corte 10/11 (Tumas et al., 2008). Nesta amostra 9.2% dos idosos revelaram depressão (tendo uma pontuação superior a 10 pontos), 33.5% apresentaram uma pontuação superior a 5, podendo sugerir depressão, e 57.3% não tinha depressão. Foram também excluídos do estudo, todos os idosos que apresentaram valores omissos na EDG-15 ($n = 16$).

A maioria dos idosos tinham mais de 79 anos (53.4%), pertenciam ao género feminino (73.3%) e não eram casados nem vivia em união de facto (80.9%). Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes eram analfabetos (27.5%) ou tinham quatro ou menos anos de escolaridade (56.5%). A amostra era constituída maioritariamente por idosos comunitários (61.8%), e os restantes idosos residiam em lares (no mínimo há um ano).

10.1.2. Instrumentos

A EDG-15 (Diniz, 2007a), como foi dito anteriormente, é utilizada para o rastreio de sintomas depressivos em idosos. Entretanto têm surgido algumas discussões acerca da estrutura da prova que questionam o facto da prova ser unifatorial ou

bifatorial. Brown et al. (2007) propuseram uma estrutura bifatorial, constituída pelos fatores SV (itens 1, 5, 7, 11 e 13) e ADG (itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 e 12). O modelo com dois fatores, considerado por estes autores, foi testado em três grupos amostrais (demenciados, não demenciados, e com doença psiquiátrica) e mostrou-se bem ajustado. Os fatores apresentaram correlações fracas a moderadas no grupo dos demenciados (.12) e dos não demenciados (.39), no entanto, a estrutura revelou-se unifatorial no grupo psiquiátrico em que foi encontrada uma correlação extremamente forte entre os dois fatores (.93).

Os restantes instrumentos utilizados foram descritos no estudo anterior.

10.1.3. Procedimento

Recolha de dados. Foram excluídos todos os idosos que apresentaram valores omissos na EDG-15 ($n = 16$). O procedimento de recolha de dados utilizado foi o mesmo do estudo anterior.

Análise de dados. Quanto à EDG-15, como as respostas “sim” foram cotadas com a notação 1 e as “não” com a notação 2, foi necessário proceder-se à recodificação (inversão da pontuações) atribuídas aos itens do fator ADG (itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15). Isto significa que pontuações elevadas no fator ADG são indicativas de maior nível de depressão. O mesmo foi feito para os itens da SV (itens 1, 5, 7, 11 e 13), o que significa que pontuações elevadas no fator SV são indicativas de maior nível de SV.

Quanto às variáveis de caracterização dos participantes utilizadas neste estudo, Idade, ER e Género, a codificação das duas primeiras foi a mesma da do estudo anterior e a do Género foi de 1 para o masculino e 2 para o feminino.

Neste estudo o restante procedimento de análise de dados foi o mesmo do estudo anterior.

10.2. Resultados

10.2.1. Validade estrutural dos modelos de medida

Modelo de medida do QCMP. A solução unifatorial com seis itens (M1) apresentava problemas de ajustamento, nomeadamente ao nível do $RMSEA$ ($SB\chi^2 = 20.82$, $gl = 9$, $p = .014$; $CFI = .99$; $RMSEA = .10$). Contudo, este modelo foi tido como aceitável, dados os resultados obtidos para os outros índices e para o modelo com a amostra do estudo anterior. Acresce que ele apresentou uma boa VC (VME), bem como uma boa FC (Tabela 4).

Tabela 4. *Modelo do QCMP: estimativas da solução estandardizada, VME e FC.*

Item	M1	
	β	R^2
Mastigar	.57	.32
Equilíbrio quando se baixa	.72	.52
Locomoção	.72	.51
Motricidade fina	.67	.45
Equilíbrio quando parado	.84	.71
Força nas mãos	.68	.46
VME	.50	
FC	.85	

Nota. M1 = Modelo com 6 itens. Ver a Tabela 1 para outras abreviaturas.

Modelo de medida da EDG-15. Foi testado, inicialmente, o modelo unifatorial da EDG-15 e comparou-se o seu ajustamento ($SB\chi^2 = 158.56$, $gl = 90$, $p = .00$; $CFI = .99$; $RMSEA = .08$) com o do modelo bifatorial oblíquo proposto para a escala (Brown et al., 2007) ($SB\chi^2 = 103.58$, $gl = 89$, $p = ns$; $CFI = 1.00$; $RMSEA = .04$). Verificou-se então que o modelo bifatorial oblíquo apresentava um ajustamento muito melhor aos dados empíricos.

Apesar deste modelo estar bem ajustado, os resultados da AFC mostraram que alguns itens não eram bons representantes dos respectivos fatores ($R^2 < .16$) (Tabela 5; M1). Foi, então, necessário retirar o item 13 do fator SV e os itens 6, 9 e 15 do fator ADG. O modelo sem estes itens manteve um bom ajustamento ($SB\chi^2 = 63.36$, $gl = 43$, $p = ns$; $CFI = 1.00$; $RMSEA = .04$) e todos os itens eram bons representantes dos respectivos fatores (Tabela 5; M2). O fator SV apresentava uma excelente VC (VME), bem como uma excelente FC. O fator ADG apresentava uma VC ligeiramente inferior ao valor de referência (.50) e uma boa FC (Tabela 5; M2).

Entretanto, verificou-se uma correlação desatenuada elevada entre os fatores ADG e SV ($\phi = -.79$). Note-se que esta correlação negativa significa que quanto maior o ADG, menor a SV, dado o processo de recodificação dos itens dos fatores mencionado no procedimento. No entanto, a variância partilhada entre os dois fatores foi de $\phi^2_{ADG-SV} = .62$ e, portanto, inferior à VME do fator SV, mas superior à do fator ADG (Tabela 5; M2), remetendo para a existência de problemas ao nível da VD entre os fatores.

Modelo oblíquo dos fatores CMP, SV e ADG. A AFC do modelo oblíquo com os três fatores, SV, ADG e CMP, revelou um bom ajustamento ($SB\chi^2 = 121.98$, $gl = 116$, $p = ns$; $CFI = 1.00$; $RMSEA = .02$).

Entretanto, os valores para as correlações desatenuadas demonstraram que estas eram elevadas para os fatores CMP-ADG ($\phi = -.60$) e para os fatores ADG-SV ($\phi = -.79$), e fraca a moderada para os fatores CMP-SV ($\phi = -.22$). Os valores da variância partilhada entre os fatores CMP e ADG ($\phi^2 = .36$) e entre a CMP e a SV ($\phi^2 = .05$) foram menores do que a VME de qualquer um deles, conforme se pode verificar nos resultados dos testes dos modelos de medida (Tabelas 4 e 5). Assim, não se verificou qualquer problema relativa à VD deste modelo entre os dois fatores da EDG e o do

QCMP, verificando-se, como era expectável, problemas de VD entre os fatores ADG-SV.

Tabela 5. *Modelo bifatorial oblíquo da Escala de Depressão Geriátrica (versão reduzida): estimativas da solução estandardizada, VME e FC.*

Fator	Item	M1		M2	
		β	R^2	β	R^2
SV	1	.80	.64	.82	.67
	5	.79	.62	.79	.62
	7	.96	.93	.96	.92
	11	.73	.53	.73	.54
	13	.27	.07		
VME				.69	
FC				.90	
ADG	2	.52	.27	.53	.28
	3	.77	.60	.77	.60
	4	.91	.83	.90	.81
	6	.21	.05		
	8	.53	.28	.51	.26
	9	.29	.09		
	10	.43	.19	.40	.16
	12	.85	.72	.85	.71
	14	.71	.50	.69	.47
	15	.38	.15		
VME				.47	
FC				.85	

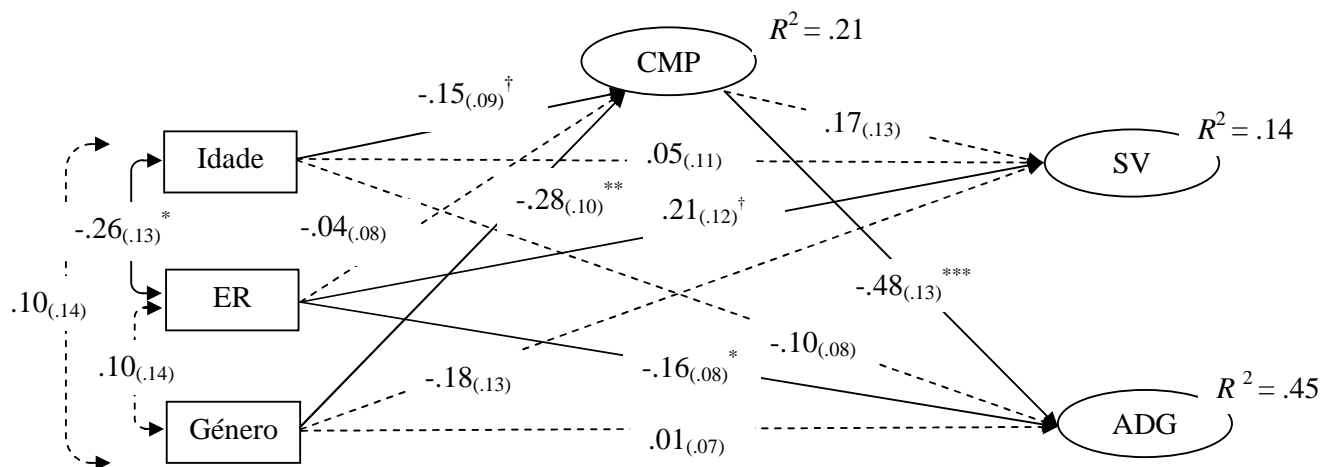
Nota. SV = Satisfação com a Vida; ADG = Afeto Depressivo Geral. M1 = Modelo bidimensional com 15 itens; M2 = M1 com 11 itens; M3 = M2 com 10 itens. Ver a Tabela 1 para outras abreviaturas.

Teste do modelo estrutural preditor da SV e do ADG. O teste do modelo preditor da SV e da ADG mostrou um mau ajustamento ($SB\chi^2 = 1185.71$, $gl = 159$, $p <$

.001; $CFI = 1.00$; $RMSEA = .22$). Contudo, admitindo, a existência de uma covariância da perturbação (*disturbance*) entre os fatores SV e ADG, em função do problema de VD entre estes fatores, anteriormente constatado, verificou-se que o modelo já apresentava um bom ajustamento (Figura 5), sendo que essa covariância era estatisticamente significativa ($-.26, p < .001$). De forma a simplificar a leitura dos resultados, só se apresentam os valores relativos à componente estrutural do modelo (Figura 5).

Tal como no estudo anterior, verificou-se que os idosos institucionalizados eram mais velhos do que os comunitários. Ao analisar os efeitos diretos no modelo, verificou-se que apenas o ER teve um efeito direto estatisticamente significativo sobre os fatores SV e ADG: os idosos institucionalizados apresentaram menor SV e maior ADG. O efeito direto ER-ADG foi responsável por tornar o efeito total ER-ADG estatisticamente significativo. Verificou-se, também, um efeito direto estatisticamente significativo do fator CMP sobre o fator ADG: os idosos com melhor CMP apresentaram menor ADG. Por último, encontrou-se ainda um efeito direto estatisticamente significativo do Género e da Idade sobre o fator CMP: os idosos do género feminino e da quarta idade apresentaram uma pior CMP. O efeito direto Género-CMP foi responsável por tornar o efeito total Género-SV estatisticamente significativo.

Quanto aos efeitos indiretos, verificou-se que o único que foi estatisticamente significativo foi o Género-CMP-ADG, o qual contribuiu exclusivamente para o efeito total Género-ADG, logo, o efeito de mediação foi completo (ausência do efeito direto) (Iacobucci et al., 2007). Assim, o Género só teve efeito na ADG considerando a mediação da CMP nessa relação, a qual evidenciou diferenças de género não indicadas através do efeito direto: as mulheres apresentaram piores níveis de ADG. Por último, quanto à quantidade de variância bem capturada pelos seus preditores, para SV foi fraca a moderada, para o ADG foi elevada e para ao CMP foi moderada (Cohen, 1992).



Efeito Indireto Idade-CMP-SV = $-.03_{(.03)}$, $z = .99$, $p = ns$

Efeito Total Idade-SV = $.03_{(.11)}$, $z = -.27$, $p = ns$

Efeito Indireto ER-CMP-SV = $-.01_{(.02)}$, $z = .41$, $p = ns$

Efeito Total ER-SV = $.21_{(.12)}$, $z = -1.76^{\dagger}$

Efeito Indireto Género-CMP-SV = $-.05_{(.04)}$, $z = 1.21$, $p = ns$

Efeito Total Género-SV = $-.23_{(.12)}$, $z = 1.94^{\dagger}$

Efeito Indireto Idade-CMP-ADG = $.07_{(.05)}$, $z = 1.55$, $p = ns$

Efeito Total Idade-ADG = $-.02_{(.08)}$, $z = -.28$, $p = ns$

Efeito Indireto ER-CMP-ADG = $.02_{(.04)}$, $z = .44$, $p = ns$

Efeito Total ER-ADG = $-.15_{(.08)}$, $z = -1.77^{\dagger}$

Efeito Indireto Género-CMP-ADG = $.14_{(.06)}$, $z = 2.29^*$

Efeito Total Género-ADG = $.14_{(.08)}$, $z = 1.85^{\dagger}$

Figura 5. Teste do modelo da Figura 2. Género (1 = masculino vs. 2 = feminino). Índices de ajustamento: $SB\chi^2 = 161.12$, $gl = 158$, $p = ns$; $CFI = 1.00$; $RMSEA = .01$. Ver as Figuras 1, 2 e 4 para outras abreviaturas.

$^{\dagger}p < .10$, $*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$

10.3. Discussão

Neste estudo examinou-se o efeito de mediação da CMP nos efeitos diretos da Idade (terceira vs. quarta idade), do ER (institucionalizados vs. comunitários) e do Género (masculino vs. feminino) sobre a SV e o ADG.

Relativamente ao modelo de medida do QCMP (Diniz, 2008; Pimentel & Diniz, 2013), verificou-se que ele apresentava um ajustamento aceitável aos dados empíricos, apresentando também uma boa VC e FC. No que se refere à EDG-15 (Diniz, 2007a; Sheikh & Yesavage 1986; Tumas et al., 2008), verificou-se que o modelo bifatorial oblíquo apresentava um ajustamento melhor do que o unifatorial aos dados empíricos. Estes resultados corroboram assim a posição de Brown et al. (2007) acerca da existência de uma estrutura bifatorial para a EDG-15: um fator relativo ao ADG e outro à SV.

Para chegar ao modelo final, foi necessário excluir alguns itens da prova por não representarem bem os respetivos fatores. Esta falta de correspondência entre os conteúdos dos itens e a definição dos fatores poderá ser justificada substantivamente, evitando a possibilidade de capitalização com base no acaso, por exemplo devido a idiossincrasias da amostra (MacCallum et al., 1992). No caso do fator SV, o único item excluído foi o 13 (“Sente-se cheio de energia?”). Este item pode não ter funcionado precisamente devido a idiossincrasias da amostra, visto que a maioria dos idosos pertenciam à quarta idade e muitos indicavam a possibilidade de se encontrarem deprimidos (com pontuação superior a cinco na EDG-15), conforme foi descrito no procedimento. Estes dois aspetos terão contribuído para a falta de validade ecológica do item.

Quanto ao fator ADG, foram excluídos três itens (os itens 6, 9 e 15). O motivo por que o item 6 não tenha funcionado, pode dever-se ao facto de este apresentar um conteúdo algo diferente relativamente aos restantes itens que ficaram afetados ao fator.

Relativamente ao item 9, “Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?”, este poderá não ter funcionado, devido ao facto do conteúdo do item não ser adequado para os idosos que se encontravam institucionalizados, não apresentando, por isso, validade ecológica neste grupo amostral. Para além disso, alguns idosos podem realmente preferir ficar em casa/lar, podendo isto não ser sinónimo de inatividade, mas simplesmente porque gostam de estar nas suas casas/lares, realizando atividades que lhes proporcionem prazer. Note-se ainda, que em oposição à ideia de que o envelhecimento bem-sucedido resulta apenas da atividade, a teoria socioemocional (Carstensen, 1995; Löckenhoff & Carstensen, 2004) defende que os idosos priorizam os seus objetivos de acordo com o seu significado, podendo isto refletir-se num menor envolvimento com o mundo e num maior investimento em relações significativas, de forma a obter uma maior regulação emocional. O efeito cumulativo destes dois aspetos pode ter contribuído para que o item não tenha funcionado.

Relativamente ao item 15 “Acha que a maior parte das pessoas está melhor do que o Sr.(a)?”, este pode não ter funcionado pelo facto de solicitar uma comparação bastante ampla, na medida em que o idoso se deve comparar com “a maior parte das pessoas” da população, em vez de se cingir a comparação com os seus pares, ou seja, com idosos que se encontrem numa situação semelhante. Aliás, os idosos quanto tomam como referência outros idosos têm tendência a avaliar-se de uma forma mais positiva, uma vez que a incapacidade passa a ser vista como algo normal (Andersen et al., 2007; Borchelt, et al., 1999; Botelho, 2005).

O modelo sem estes quatro itens apresentou uma VC excelente em relação ao fator SV e ligeiramente inferior em relação ao valor de referência no que respeita ao fator ADG, bem como uma FC excelente em relação ao fator SV e boa em relação ao ADG. Quanto à VD, os dois fatores apresentaram uma correlação desatenuada elevada

entre si. Tendo em conta o estudo de Brown et al. (2007), tudo leva a crer que a amostra do presente estudo se assemelhe mais à amostra psiquiátrica estudada por estes autores (lembrando que muitos dos participantes indicavam a existência de depressão, conforme foi descrito no procedimento). Brown et al., (2007) referem que os indivíduos com história de depressão não distinguem as duas dimensões, ou seja, apresentam tanto afetos depressivos como uma má visão acerca da sua vida. Logo, estes resultados poderiam ser diferentes com uma amostra com características diferentes.

Contudo, o problema de validade discriminante encontrado em termos estruturais para os dois fatores da EDG-15 não se manifestou quando estes fatores foram tidos como critérios do fator CMP no modelo preditor da SV e do ADG: uma das relações de predição foi estatisticamente significativa e a outra não. Isto significa que existe validade discriminante entre os dois fatores: apesar dos dois fatores apresentarem uma correlação elevada, verificou-se que a CMP apenas teve efeito no fator ADG, discriminando assim os dois fatores.

Ainda quanto ao modelo da Figura 5, verificou-se que os idosos institucionalizados apresentavam pior SV e pior ADG. Este resultado pode dever-se ao facto dos idosos institucionalizados poderem sentir-se mais isolados, visto que a maioria era viúva ou solteira, podendo, por isso, estabelecer menos contactos sociais com pessoas significativas comparativamente com os idosos comunitários (Wagner et al., 1999). Por outro lado, face a esta desvantagem relacional, poderá haver uma tendência para os idosos institucionalizados assumirem mais uma postura depressiva como forma de obter benefícios secundários (e.g., maior atenção por parte dos cuidadores e dos seus familiares).

Entretanto, não se verificou qualquer efeito da Idade sobre a SV, apesar de esta não sofrer grandes alterações ao longo da idade (Smith et al., 1999), a partir da quarta

idade há uma tendência para se verificar um declínio na SV. Tendo em conta que a amostra do presente estudo é bastante envelhecida, seria expectável que tal se verificasse (Diniz et al., 2011). Talvez o facto de haver pouca variabilidade em termos de idades fez com que não fosse possível captar esse declínio.

Convém também referir que não se verificou um efeito direto do Género sobre a SV. No entanto, neste caso, alguns estudos apontam no mesmo sentido, referindo a ausência de diferenças significativas ao nível da SV em relação ao género (Brajković et al., 2011; Silverman et al., 2000).

Entretanto, não se verificou qualquer efeito da Idade sobre o ADG. Relativamente a este aspeto, os dados da literatura sobre a influência da idade são controversos, sendo que alguns autores defendem que a depressão aumenta com a idade (e.g., Chou & Chi, 2005; Cruz, et al, 2011) e outros não (e.g., Botelho, 2005; Helmchen et al., 1999).

Ainda em relação ao ADG, verificou-se que os idosos com melhor CMP apresentavam menor ADG. Este resultado vem no mesmo sentido dos encontrados noutros estudos (Nicolosi et al., 2011; Schneider et al., 2004), onde se constatou que o estado de saúde física, de saúde funcional ou de saúde subjetiva, influenciam negativamente os níveis de depressão.

Verificou-se também que os idosos do género feminino e os da quarta idade apresentaram uma pior CMP. Vários estudos demonstraram que as mulheres apresentam pior saúde subjetiva em comparação com os homens (Bourne & Brooks, 2011; Fernández-Ballesteros, 1998; Khang & Kim, 2010). Esta tendência poderá dever-se ao facto das mulheres apresentarem mais doenças (multimorbilidade) do que os homens (Smith & Baltes, 1998) e maior incapacidade funcional (Guralnik & Ferrucci, 2003). Relativamente ao efeito da Idade, é importante ter em conta o facto da amostra do

presente estudo ser bastante envelhecida. Tendo em consideração a revisão da literatura, há uma tendência para que os idosos da quarta idade apresentem maior disfuncionalidade e mais problemas de saúde (Baltes & Smith, 2003), evidenciando as consequências da falta de plasticidade adaptativa e da diminuição de capacidade de reserva do organismo para assegurar um bom funcionamento (Papalia et al., 2009). Tudo isto pode causar limitações na saúde funcional e pode levar a uma maior dependência (Fernández-Ballesteros et al., 2004; Ocampo, 2010; Pinquart, 2001; Smith & Baltes, 1999). Apesar de haver uma tendência para os idosos alterarem os seus critérios de avaliação relativamente ao seu estado de saúde, de forma que a incapacidade seja vista como normal, refletindo-se numa avaliação positiva da sua saúde (Andersen et al., 2007; Borchelt, et al., 1999; Hoeymans, Feskens, Van den Bos, et al., 1997; Ocampo, 2010), estes mecanismos de compensação parecem atingir um limite com o acumular de problemas de saúde e de limitações na saúde funcional (Baltes, 1997).

No que se refere aos efeitos indiretos, verificou-se que o único que foi estatisticamente significativo foi o Género-CMP-ADG na ausência do efeito direto. Assim, o Género só teve efeito no ADG considerando a mediação da CMP nessa relação. Este efeito indireto completo (Iacobucci et al., 2007) significa que as mulheres apresentavam piores níveis de ADG. Como já foi referido, as mulheres apresentaram uma maior prevalência de limitações ao nível da saúde funcional, como consequência de doenças músculo-esqueléticas, o que poderá ter um impacto negativo na concretização de AVD (Baltes, Freund, et al., 1999; Paúl, 2005) e, por conseguinte, na avaliação que fazem da sua capacidade motora. Uma menor realização de AVD e uma perceção de menor energia e incapacidade poderão promover o aparecimento de sintomas depressivos, podendo isto influenciar o ADG. Estes resultados revelam a importância que a CMP pode ter na depressão, visto que a perceção que os idosos têm

acerca das suas capacidades motoras e a sua visão acerca de si próprios pode ter uma grande influência sobre as suas ações e, conseqüentemente, influenciar o seu estado afetivo.

Por outro lado, é pertinente refletir acerca do motivo que leva a que apenas na presença da CMP se verifique o efeito do Género sobre o ADG. Não se tendo verificado neste estudo um efeito direto do Género sobre a ADG, contrariamente à maioria dos estudos que revelaram uma maior prevalência de sintomas depressivos em mulheres do que em homens (Batistoni et al., 2010; Helmchen et al., 1999; OMS, 2007). Isso poderá ter-se ficado a dever a características específicas da amostra, pelo facto de ela ser muito envelhecida e, por isso, homens e mulheres encontrarem-se numa situação muito semelhante. Para além disso, a amostra era maioritariamente institucionalizada, visto que mesmo no caso dos idosos comunitários que a integraram, muitos frequentavam centros de dia, estando por isso sujeitos à ação de vários cuidadores. É possível que os idosos da amostra institucionalizados e que frequentavam o centro de dia possam ter sido (e ser) tratados como um grupo, não sendo consideradas as suas especificidades, nomeadamente no que se refere à diferenciação entre homens e mulheres.

Depois desta análise, é possível constatar que os preditores contribuíram mais para o ADG do que para a SV. O facto de a SV resultar de uma avaliação cognitiva e do ADG, pelo contrário, resultar de uma avaliação afetiva, poderá ter contribuído para estes resultados. Vários estudos referem que a SV tem tendência a apresentar alguma estabilidade, verificando-se que as variáveis sociodemográficas têm pouco poder preditivo sobre a SV (Diener, Scollon, et al., 2003; Smith et al., 1999). De forma idêntica, a CMP não teve influência sobre a SV. Pelo contrário, no caso dos efeitos sobre a ADG, as variáveis sociodemográficas tiveram algum poder preditivo mas, ainda assim, a maior parte da contribuição deveu-se à CMP, ou seja, mais do que a Idade, o

Género ou a Institucionalização, a avaliação subjetiva da capacidade motora teve um grande impacto no ADG.

Por último, tal como foi referido no estudo anterior, é importante ter em conta as limitações que este estudo apresenta em termos de generalização dos resultados encontrados, dados os processos de amostragem, as características da amostra e o procedimento de recolha de dados.

11. Estudo 3 – Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade, do ER e do Género sobre os AP e AN

11.1. Método

11.1.1. Participantes

Dos 221 participantes, foi extraída uma amostra de 135 de idosos portugueses voluntários, com idades compreendidas entre os 65 anos e os 96 anos ($Mdn = 80$), seleccionada através de processos não-probabilísticas de amostragem num ambiente urbano. Tal como no Estudo 1, todos os idosos eram capazes de realizar AVD e apresentavam uma situação não-clínica, visto que foram excluídos do estudo os idosos que revelaram défice cognitivo avaliada através do *MMSE* (Guerreiro et al, 1994; Folstein et al., 1975) ou depressão, avaliada através da EDG-15 (Sheikh & Yesavage, 1986) com um ponto de corte 10/11 (Tumas et al., 2008).

A maioria dos idosos tinha mais de 79 anos (53.3%), pertenciam ao género feminino (71.1%) e não eram casados, nem viviam em união de facto (82.9%). Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes eram analfabetos (29.6%) ou tinham quatro ou menos anos de escolaridade (53.3%). A amostra era constituída maioritariamente por idosos comunitários (58.5%), e os restantes idosos residiam em lares (no mínimo há um ano).

11.1.2. Instrumento

Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos. A Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN: Amado, 2008; Diniz, 2007) baseada na *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS: Watson et al., 1988), foi utilizada para avaliação dos afetos, e é constituída por dois fatores (AP e AN), cada um com 10 itens, no caso adjetivos que remetem para afetos positivos e negativos, respetivamente. Segundo Watson et al. (1988) a correlação entre os dois fatores é baixa o que remete para uma quase-

independência dos mesmos. As respostas são dadas numa escala de Likert de 5 pontos (1 – muito pouco ou nada, 2 – um pouco, 3 – assim, assim, 4 - bastante e 5 – muitíssimo). Esta prova pode ser utilizada para medir traços (e.g., normalmente, no ultimo ano) e estados (e.g., hoje, na última semana) afetivos, sendo que foi perguntado aos participantes deste estudo como é que normalmente se sentem.

11.1.3. Procedimento

Recolha de dados. Tendo em conta a falta de habilitações literárias da maioria dos idosos, surgiram alguns constrangimentos na aplicação da EAPN. Para além dos idosos apresentarem dificuldades face ao posicionamento na escala de resposta (Likert), acresce que muitos idosos apresentaram dificuldade de conhecimento de significado de certos itens, por exemplo “inspirado”, “atento”). Para o adjetivo “inspirado”, tal como para o objetivo “orgulhoso”, estava prevista a necessidade de acrescentar, respetivamente, os adjetivos “criativo” e “brioso”. Isto com base na experiência de heteroadministração da prova noutras amostras (Diniz & Amado, in press). Para facilitar o posicionamento dos idosos na escala de resposta era pedido inicialmente que eles se colocassem num dos polos da mesma (e.g., pouco ou bastante) e a partir daqui procurou-se que a definissem mais especificamente (e.g., muito pouco ou nada ou pouco). O restante procedimento de recolha de dados foi semelhante ao dos estudos anteriores.

Análise de dados. Neste estudo os valores omissos da EAPN foram substituídos pelo valor da mediana do respetivo item. O restante procedimento de análise de dados foi o mesmo do dos estudos anterior.

11.2. Resultados

11.2.1. Validade estrutural dos modelos de medida

Modelo de medida do QCMP. Os resultados da AFC mostraram que o modelo do QCMP com seis itens encontrava-se bem ajustado ($SB\chi^2=17.41$, $gl = 9$, $p=.04$; $CFI=1.00$; $RMSEA=.08$) e apresentava uma boa VC (VME), bem como uma boa FC (Tabela 6).

Tabela 6. *Modelo do QCMP: estimativas da solução estandardizada, VME e FC.*

Item	M1	
	β	R^2
Mastigar	.58	.34
Equilíbrio quando se baixa	.75	.56
Locomoção	.74	.54
Motricidade fina	.69	.47
Equilíbrio quando parado	.82	.67
Força nas mãos	.68	.44
VME	.51	
FC	.86	

Nota. M1 = Modelo com 6 itens. Ver a Tabela 1. para outras abreviaturas.

Modelo de medida da EAPN. Os resultados da AFC mostraram que o modelo apresentava problemas, visto que não tinha um ajustamento aceitável (Tabela 7, M1). Através da análise da matriz de resíduos estandardizados verificou-se que o valor obtido para o par de itens “receoso” e “amedrontado” era muito elevado (10.68), tendo sido então, introduzida uma covariância dos respetivos resíduos, tal como outros autores já o tinham feito (Amado, 2008; Kercher, 1992).

O modelo com essa covariância de resíduos ($.60$, $p < .001$) apresentou um ajustamento aceitável (Tabela 7, M2). No entanto, apesar desta alteração, o modelo

continuou a revelar alguns problemas pelo facto de alguns itens apresentarem uma comunalidade demasiado baixa ($R^2 < .16$) (Tabela 8, M2). Foi, então, necessário retirar os itens “atento” e “orgulhoso” do conjunto dos AP e o item “culpado” dos AN, visto que apresentavam uma magnitude muito baixa, não representando bem os fatores (Tabela 8, M3). Assim, o modelo da EAPN com oito itens no fator AP e nove no AN, e com a presença de uma covariância de erro entre os itens “receoso” e “amedrontado”, apresentou um bom ajustamento (Tabela 7, M3).

Este modelo apresentou uma VC (VME) próxima do valor de referência em relação aos AP e uma boa FC. Relativamente aos AN, verificou-se uma VC (VME) fraca e uma boa FC (Tabela 8). Entretanto, verificou-se que os dois fatores eram independentes ($\phi_{AP-AN} = -.19$; $p = ns$).

Tabela 7. *Índices de ajustamento do modelo bifatorial oblíquo da Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN)*

Modelo	$SB\chi^2$, gl , p	CFI	$RMSEA$
M1	372.89, 169, .00	.94	.09
M2	209.98, 168, .02	.98	.04
M3	151.17, 117, .02	.97	.05

Nota. M1 = Modelo de dois fatores com 20 itens; M2 = M1 com uma covariância de erro entre os itens receoso e amedrontado; M3 = M2 com 16 itens. Ver a Tabela 2 para outras abreviaturas.

Modelo oblíquo dos fatores CMP, AP e AN. A AFC do modelo oblíquo com os três fatores, AP, AN e CMP, revelou um bom ajustamento ($SB\chi^2 = 272.80$, $gl = 226$, $p = .01$; $CFI = .98$; $RMSEA = .04$).

Entretanto, verificou-se uma correlação desatenuada fraca a moderada entre os fatores AP e AN ($\phi = -.21$), uma correlação elevada entre os fatores CMP e AP ($\phi = .60$) e uma correlação moderada entre os fatores CMP e AN ($\phi = -.38$). Assim, a variância

partilhada entre os fatores AP-AN ($\varphi^2 = .04$), entre a CMP-AP ($\varphi^2 = .36$) e entre a CMP-AN ($\varphi^2 = .14$) foram menores do que a VME de qualquer um deles, conforme se pode verificar nos resultados dos testes dos modelos de medida (Tabela 6 e 8). Assim, não se verificou qualquer problema relativa à VD deste modelo.

Teste do modelo estrutural preditor dos AP e dos AN. O modelo preditor dos AP e dos AN foi testado e apresentou um bom ajustamento (Figura 6). De forma a simplificar a leitura dos resultados, só se apresentam os valores relativos à componente estrutural dos modelos (Figura 6).

Ao analisar os efeitos diretos no modelo, verificou-se que a Idade teve um efeito direto estatisticamente significativo sobre os fatores CMP e AN: os idosos na quarta idade apresentaram pior CMP e menores níveis de AN. Foi possível também observar um efeito significativo do Género sobre o fator AN: maiores níveis de AN em idosos do género feminino. Constatou-se ainda um efeito estaticamente significativo do fator CMP sobre os fatores AP e AN: os idosos com pior CMP apresentaram menores níveis de AP e maiores níveis de AN.

Quanto aos efeitos indiretos, verificou-se que o efeito Idade-CMP-AP foi estatisticamente significativo, na ausência do efeito direto Idade-AP, logo, o efeito de mediação foi completo (Iacobucci et al., 2007).

Como o efeito direto Idade-AN foi estatisticamente significativo e o indireto Idade-CMP-AN não o foi, a mediação foi parcial com efeitos estatisticamente comparáveis para as trajetórias direta e indireta, na presença do efeito direto (Iacobucci et al., 2007). Contudo, o efeito indireto Idade-CMP-AN contribuiu para tornar o efeito total Idade-AN estatisticamente não significativo, mitigando o efeito direto Idade-AN: houve uma redução da diferença entre a terceira e a quarta idade quanto aos AN.

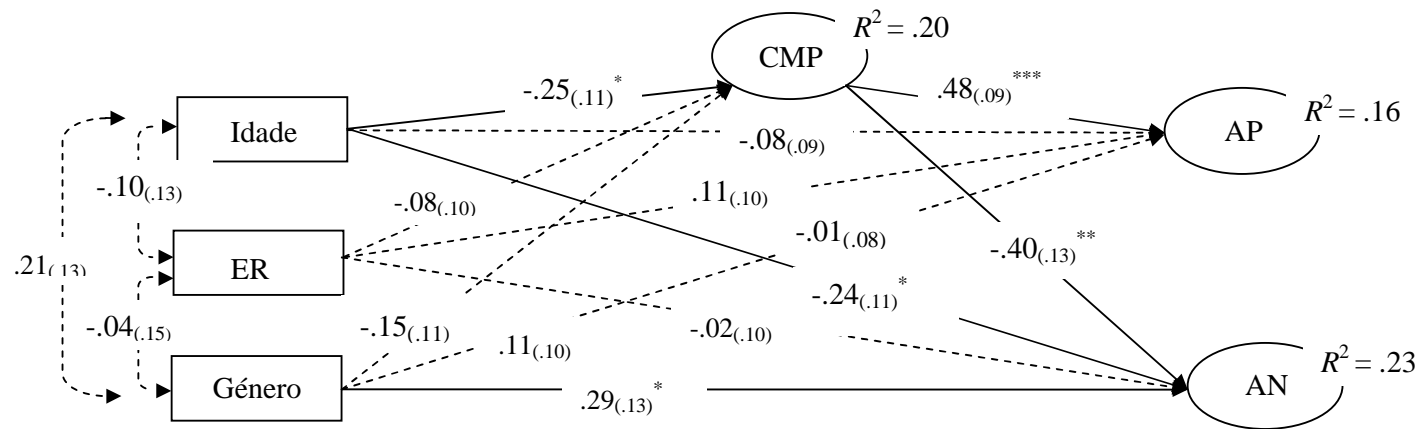
Tabela 8. *Modelo bifatorial oblíquo da EAPN: estimativas da solução estandardizada, VME e FC*

Fator	Item	M1		M2		M3	
		β	R^2	β	R^2	β	R^2
AP	Interessado	.61	.37	.61	.37	.61	.38
	Animado	.66	.43	.66	.43	.66	.44
	Forte	.69	.48	.70	.48	.69	.47
	Entusiasmado	.72	.51	.72	.52	.71	.50
	Orgulhoso	.38	.14	.38	.15		
	Atento	.26	.07	.26	.06		
	Inspirado	.68	.47	.69	.47	.70	.49
	Decidido	.62	.38	.61	.38	.61	.37
	Atencioso	.50	.25	.50	.25	.49	.24
	Ativo	.75	.56	.75	.56	.75	.57
						VME	
						.43	
						FC	
						.86	
AN	Angustiado	.61	.37	.65	.42	.65	.42
	Chateado	.49	.24	.52	.27	.53	.29
	Culpado	.34	.11	.36	.13		
	Amedrontado	.79	.62	.48	.23	.47	.22
	Hostil	.43	.19	.50	.25	.49	.24
	Irritável	.69	.49	.77	.59	.77	.59
	Envergonhado	.38	.15	.42	.18	.42	.17
	Nervoso	.72	.52	.80	.63	.79	.63
	Agitado	.55	.31	.60	.36	.60	.35
	Receoso	.76	.60	.46	.21	.46	.21
						VME	
						.35	
						FC	
						.82	

Nota. AP = Afetos Positivos; AN = Afetos Negativos. Ver as Tabela 1 e 7 para abreviaturas.

Quanto à influência do Género-AN verificou-se que o efeito total foi análogo ao efeito direto, não tendo havido pois qualquer contribuição estatisticamente significativa da CMP nesta relação.

Por último, quanto à quantidade de variância bem capturada pelos seus preditores, para os AP moderada, para os AN moderada a elevada e para a CMP foi moderada (Cohen, 1992).



Efeito Indireto Idade-CMP-AP = $-.12_{(.06)}$, $z = -2.13^*$
 Efeito Total Idade-AP = $-.20_{(.09)}$, $z = -2.25^*$
 Efeito Indireto ER-CMP-AP = $-.04_{(.05)}$, $z = -.81$, $p = ns$
 Efeito Total ER- AP = $.07_{(.09)}$, $z = .77$, $p = ns$
 Efeito Indireto Género-CMP-AP = $-.07_{(.05)}$, $z = -1.45$, $p = ns$
 Efeito total Género-AP = $-.08_{(.09)}$, $z = -.98$, $p = ns$

Efeito Indireto Idade-CMP-AN = $.10_{(.07)}$, $z = 1.49$, $p = ns$
 Efeito Total Idade-AN = $-.14_{(.11)}$, $z = -1.29$, $p = ns$
 Efeito Indireto ER-CMP-AN = $.03_{(.04)}$, $z = .79$, $p = ns$
 Efeito total ER-AN = $-.01_{(.10)}$, $z = .14$, $p = ns$
 Efeito Indireto Género-CMP-AN = $.06_{(.04)}$, $z = 1.46$, $p = ns$
 Efeito Total Género-AN = $.35_{(.14)}$, $z = 2.55^*$

Figura 6. Teste do modelo da Figura 3. Índices de ajustamento: $SB\chi^2 = 364.07$, $gl = 287$, $p = .00$; $CFI = .99$; $RMSEA = .05$. Ver as Figuras 1, 3 e 4, para outras abreviaturas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

11.3. Discussão

Neste estudo, examinou-se o efeito de mediação da CMP nos efeitos diretos da Idade (terceira vs. quarta idade), do ER (institucionalizados vs. comunitários) e do Género (masculino vs. feminino) sobre os AP e sobre os AN.

Relativamente ao modelo de medida do QCMP (Diniz, 2008; Pimentel & Diniz, 2013), verificou-se que ele apresentou um bom ajustamento aos dados empíricos e, também, uma boa VC e FC. No que se refere ao modelo de medida da EAPAN (Amado, 2008; Diniz, 2007; Watson et al., 1988) também se encontrou uma solução que revelou um bom ajustamento e apresentou uma VC próxima do valor de referência em relação ao fator AP e fraca em relação ao fator AN, bem como uma boa FC em relação a ambos os fatores. No entanto, no caso do fator AN, foi necessário introduzir para o par de itens “receoso” e “amedrontado” uma covariância dos respetivos resíduos. Procurando justificar substantivamente esta alteração, bem como as outras como de imediato se apresentam, para evitar a possibilidade de capitalização com base no acaso (MacCallum et al., 1992), este problema já tinha sido encontrado em outros estudos (Amado, 2008; Kercher, 1992). Assim, parece que esta covariância é um fenómeno sistemático, ligado ao conteúdo semântico-lexical dos itens e não a idiosincrasias da amostra do presente estudo. Foi também necessário retirar os itens “atento” e “orgulhoso” do conjunto do fator AP e os itens “envergonhado” e “culpado” do fator AN, que apresentavam uma magnitude muito baixa, não representando bem os fatores. Já no estudo do Amado (2008) os itens “atento” e “envergonhado” tinham sido os piores representantes dos respetivos fatores. Tal como no caso anteriormente referido, o facto de estes itens apresentarem problemas em amostras diferentes, aponta mais para a existência de erro sistemático do que de erro aleatório devido a idiosincrasias amostrais.

O mesmo pode ser referido analisando os restantes itens com problemas. É necessário ter em conta que o item “orgulhoso” poderá não ter funcionado pelo facto de poder ter uma conotação negativa, principalmente junto da população idosa portuguesa, que se caracteriza por ser essencialmente católica (Amado, 2008; Diniz & Amado, in press). Apesar do cuidado que se teve em referir que “orgulhoso” deveria ser conotado como “brioso”, isto poderá não ter sido suficiente. Da mesma forma, o item “culpado”, e portanto o significado atribuído à culpa, poderá estar imbuído de simbolismo religioso, o que terá levado a respostas ambíguas por parte de alguns idosos.

Entretanto, na análise da componente estrutural do modelo da EAPN (Amado, 2008; Diniz, 2007c; Watson et al., 1988), verificou-se que os fatores AP e AN eram independentes, tal como previsto para a *PANAS* (Watson et al., 1998), o que também se verificou no estudo de Smith et al. (1999). No entanto, tem havido alguma controvérsia relativamente à tonalidade hedónica das emoções, visto que alguns autores defendem que se trata, antes, de apenas uma dimensão bipolar (Russel, 1979) ou que as diferentes correlações encontradas entre os AP e AN dependem do contexto cultural (Bagozzi et al., 1999). Os resultados aqui encontrados corroboram esta ideia de independência entre os fatores.

Relativamente ao modelo da Figura 6, o facto de a Idade não ter tido efeito sobre o fator AP reforça a ideia que a idade, por si, nem sempre tem influência nos AP (Kunzman et al., 2000). Contrariamente a esta posição, outros autores referem uma diminuição nos AP a partir da terceira idade (Charles et al., 2001, Ferring & Filipp, 1995; Smith et al., 1999). Esta divergência demonstra como vários aspetos poderão influenciar os resultados, tais como o tipo de amostras, ou o contexto cultural (Pinquart, 2001), de que o presente estudo poderá ser mais um exemplo.

No caso do ER, este também não teve efeito no fator AP, bem como no fator AN. Tal como foi referido no Estudo 1, parece que o contexto institucional, nem sempre tem um impacto negativo nos idosos (Costa, 2005; del Pino, 2003; Fernández-Ballesteros, 1998). No entanto, vários estudos verificaram um impacto negativo da institucionalização sobre o BES (Chappell & Penning, 1979; Hullicka, et al., 1975; Sena et al., 2008; Smith et al., 1999). Ainda assim, é importante ter em consideração a diversidade dos lares e, por conseguinte, as condições que oferecem, podendo esta variabilidade ter impactos diferentes nos idosos (Duarte & Paúl, 1994). Para além disso, como já foi referido, o facto de grande parte dos idosos comunitários da amostra do presente estudo frequentarem centros de dia, faz com que tenham um contacto diário com dinâmicas institucionais, semelhantes às que podem ser encontradas em lares. Isto poderá ter contribuído para reduzir as diferenças entre os dois grupos relativamente às suas experiências.

Por outro lado, o facto de o Género não ter tido efeito sobre o fator AP, pode dever-se ao facto dos homens e mulheres que participaram neste estudo se encontrarem em circunstâncias muito semelhantes. Outros estudos que consideram a influência do género no BES revelam que as pequenas diferenças de género encontradas podem dever-se mais ao facto da maioria das mulheres viver isolada e os homens viverem acompanhados (Smith et al., 1999). No entanto, a maior parte dos participantes deste estudo, tanto homens como mulheres, não eram casados nem viviam em união de facto, e residiam em instituições ou frequentavam centros de dia, o que faz com que a referida situação de isolamento seja semelhante para ambos os géneros.

Verificou-se igualmente que os idosos com pior CMP apresentavam menores níveis de AP. Este resultado realça a importância que a saúde subjetiva tem no BES (Roysamb et al., 2003; Schneider et al., 2004; Smith et al., 1999; Smith et al., 2002),

sendo expectável que idosos que tenham uma boa perceção das suas capacidades motoras realizem autonomamente mais AVD e, por isso, experimentem mais AP, o que terá um impacto positivo ao nível do BES (Baltes, Maas, et al., 1999; Papalia et al., 2009).

Quanto aos efeitos indiretos, verificou-se que o único que foi estatisticamente significativo foi o da Idade-CMP-AP e que este efeito indireto foi o responsável por um efeito total da Idade sobre os AP estatisticamente significativo, permitindo concluir que a idade só tem influência nos AP, quando é considerada a mediação da CMP: os idosos mais velhos apresentaram menos AP. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Kunzman et al. (2000) que refere que a diminuição de AP está essencialmente relacionado com problemas ao nível da saúde funcional, ou seja, a idade, só por si, não causa alterações no BES, mas sim as perdas físicas e cognitivas que caracterizam a quarta idade (Baltes & Smith, 2003).

Relativamente aos AN, constatou-se que os idosos na quarta idade apresentaram pior CMP e menores níveis de AN. Estes resultados relativos ao efeito sobre a CMP levam a crer que o aumento da idade e, por isso, a presença de problemas de saúde e de limitações na saúde funcional, poderão influenciar a perceção que os idosos têm das suas capacidades (Hoyeman et al., 1997; Pinguart, 2001). Relativamente à diminuição dos AN em idosos da quarta idade, apesar de paradoxal, vários estudos referem este declínio nos AN (Charles et al., 2001; Cheng 2004; Vaux & Meddin, 1987).

Observaram-se, ainda, maiores níveis de AN em idosos do género feminino, o que vai ao encontro dos estudos que indicam que as mulheres reportam mais AN e apresentam pior BES (Baltes, Freund, et al., 1999; Smith et al., 1999; Smith & Baltes, 1998). Isto poderá estar relacionado com o facto de as mulheres apresentarem maior

tempo de vida, tendo-se muitas delas deparado com a perda dos seus companheiros, vivendo por isso mais isoladas e mais tristes (Smith & Baltes, 1998).

Entretanto, verificou-se que os idosos com pior CMP apresentavam maiores níveis de AN. Tal como foi referido, em relação aos AP, este resultado demonstra o impacto que a saúde subjetiva tem no bem-estar (Roysamb et al., 2003; Schneider et al., 2004; Smith et al., 1999; Smith et al., 2002).

Relativamente ao efeito indireto Idade-CMP-AN, apesar de se ter verificado que não foi estatisticamente significativo, ele contribuiu para tornar o efeito total da Idade-AN estatisticamente não significativo, mitigando a influência do efeito direto da Idade sobre os AN. Assim, a CMP contribuiu para reduzir a diferença entre a terceira e a quarta idade quanto aos AN. Estes resultados vêm reforçar a influência que a saúde funcional subjetiva, neste caso avaliada através da CMP, tem sobre o BES dos idosos e, por isso, no envelhecimento bem-sucedido. Isto vai ao encontro dos resultados encontrados por Kunzman et al. (2000).

Por último, tal como foi referido nos estudos anteriores, deve haver algum cuidado na leitura destes resultados no que se refere à sua generalização para a população, devido ao processo de amostragem, às características da amostra e ao procedimento de recolha de dados.

12. Discussão Geral

O conjunto de estudos apresentados reforça a heterogeneidade que caracteriza a população idosa e a multiplicidade de fatores que poderão influenciar uma adaptação bem-sucedida ao envelhecimento. É pertinente refletir sobre o significado do sucesso no envelhecimento, sendo que a maior parte dos modelos apresentados na revisão da literatura remetem para uma boa saúde e bom nível de funcionalidade física e cognitiva, bem-estar e participação na vida social, bem como na capacidade de responder de forma adaptativa às mudanças e perdas que surgem com o envelhecimento (e.g., Amado, 2008; Inui, 2003; Rowe & Kahne, 1997; Schulz & Heckhausen, 1996). Todas estas concepções estão muito ligadas à ideia de eficácia e pró-atividade. Porém, contrariamente a esta ideia, a teoria de seleção socioemocional refere que uma diminuição ao nível do envolvimento emocional e relacional poderá contribuir para uma adaptação bem-sucedida ao envelhecimento (Löckenhoff & Carstensen, 2004).

Talvez faça, então, mais sentido falar de envelhecimento harmonioso, enquanto capacidade dos idosos em se adaptarem às condições em que se encontram, não estando, assim, tão focado na ideia de eficácia. Ainda assim, deve-se ter sempre presente o facto de se tratar de um fenómeno complexo, não devendo por isso ser tomadas fórmulas generalistas que considerem apenas uma forma de envelhecer com sucesso. O envelhecimento deve ser visto à luz de uma perspectiva biopsicossocial, não devendo ser esquecida a individualidade que caracteriza cada idoso.

Neste trabalho foram considerados indicadores subjetivos cognitivos (comportamentos SOC e SV) e afetivos (ADG e AP/AN) como critérios de envelhecimento bem-sucedido. A par disso, realizou-se uma extensa revisão da literatura, de forma a criar um quadro de referência que possibilitasse, posteriormente, a análise dos resultados encontrados.

Se, em relação aos comportamentos SOC, parece haver consenso entre os estudos apresentados (Freund & Baltes, 1998, 2002; Jopp & Smith, 2006), o mesmo acontecendo para a depressão (Helmchen et al., 1999), tal não se verificou em relação aos restantes construtos. Existe uma certa falta de rigor conceptual na forma como são abordados, sendo usadas terminologias idênticas para construtos diferentes: felicidade, bem-estar e qualidade de vida (Veehnoven, 2000), saúde funcional e capacidade funcional (Katz et al., 1963; Kunzman et al., 2000). Daqui resulta uma certa dificuldade na sua definição e operacionalização, acabando por resultar numa grande diversidade de instrumentos utilizados para medir os construtos, o que se traduz também em resultados contraditórios entre os estudos, tal como foi evidenciado nas discussões dos Estudos 2 e 3, aqui efetuados. Apesar desta dificuldade, procurou-se clarificar e definir os construtos estudados, especificar os estudos apresentados e adequar as metodologias e procedimentos ao objetivo do trabalho e à população alvo de estudo.

Assim, quanto ao BES, este foi considerado segundo uma perspectiva hedónica, tendo em conta que nela ele é definido pela presença de AP e ausência de AN, bem como pela presença de SV (Diener, Scollon, et al., 2003), ao mesmo tempo que se procurou associar os modelos base-topo (ao considerar o efeito das variáveis sociodemográficas sobre o BES) e topo-base (ao integrar o efeito de mediação que a CMP tem nesta relação). No caso do ADG, houve um foco na depressão geriátrica, dadas as particularidades que esta doença apresenta nesta fase de desenvolvimento.

De forma a enquadrar os resultados aqui encontrados, poderá ser útil uma breve reflexão acerca do trabalho de terreno. O processo de recolha de dados revelou-se particularmente complexo, levando a que este se estendesse no tempo. Um dos problemas prendeu-se com a dificuldade em obter aprovação das instituições para colaborar no estudo. Em alguns casos, foram necessários vários contactos e reuniões

com os seus responsáveis para esclarecimentos, bem como procedimentos internos bastante burocráticos. Apesar disto, posteriormente revelaram-se bastante colaborantes. Assim, ao longo deste processo, constatou-se a existência de uma grande variabilidade de instituições no que concerne aos serviços e condições que oferecem aos idosos. Ainda relacionado com as infraestruturas das instituições, apesar da tentativa de que a entrevista fosse realizada num local isolado e sossegado, nem todas as instituições disponibilizavam um espaço com estas características, pelo que nem sempre estavam garantidas as melhores condições para administração das provas.

No processo de recolha de dados optou-se pela heteroadministração das provas. Este procedimento traz vantagens pelo facto de não excluir idosos com problemas de iliteracia ou de saúde funcional, bem como o de minimizar o efeito ameaçador que a situação de avaliação pode gerar (Diniz & Amado, *in press*). Por conseguinte, a maioria dos idosos mostrou-se bastante disponível para participar, tendo uma atitude simpática e apresentando uma grande necessidade de conversar e partilhar aspetos pessoais, desviando-se, por vezes, das questões em avaliação. Isto ocorreu, embora lhes tenha sido referido que no final da entrevista seriam atendidas todas as suas dúvidas e questões. Apesar das vantagens que este procedimento apresenta, ele torna-se bastante moroso, sendo muitas vezes difícil gerir o tempo e, ao mesmo tempo, mostrar disponibilidade e dar resposta a esta necessidade manifestada pelos idosos. Este comportamento manifestado pelos idosos sugere que muitos deles possam sentir-se isolados, traduzindo-se em carências afetivas e necessidade de compreensão e suporte social (Wagner et al., 1999).

Por outro lado, é importante ter em atenção que a avaliação de idosos sob a forma de entrevista poderá ter gerado algum enviesamento nas respostas, que poderão ter sido orientadas por critérios de desejabilidade social, ou pela dificuldade de

compreensão, devido a problemas auditivos ou dificuldade de abstração e de memorização. Talvez por isso, todos os instrumentos de avaliação revelaram problemas na sua administração, mesmo tendo havido uma série de cuidados em adaptar os procedimentos de recolha de dados à população idosa. Isto também poderá levar a crer que os instrumentos não se encontrem ainda devidamente adaptados a esta população, disto resultando a opção pela sua não apresentação neste trabalho. Por exemplo, para certos idosos, as escalas de resposta do QCMP (Diniz, 2008; Pimentel & Diniz, 2013) eram demasiadamente amplas; os itens do QSOC (Diniz, 2007b; Pimentel & Diniz, 2010) eram demasiadamente extensos e apresentavam conteúdos pouco acessíveis. Apesar dos constrangimentos inerentes à administração de provas sob a forma de entrevista, até ao momento, parece não haver estudos sistemáticos que comparem este procedimento com a autoadministração. Como tal, parece que no caso da avaliação da população idosa, as vantagens já enunciadas poderão compensar estes problemas (Diniz & Amado, in press).

Ainda quanto aos instrumentos utilizados, note-se que a EAPN (Amado, 2008; Diniz, 2007c; Watson et al., 1988) é uma escala de alta ativação. Porém, Diener e Suh (in Diener, Scollon et al., 2003) alertam para o facto da diminuição nos AP e nos AN em idosos, apresentada através de alguns estudos, poder dever-se ao facto de estarem a ser utilizados instrumentos que apenas consideram um nível de ativação dos afetos elevado. É importante ter em conta que se tem verificado uma diminuição na frequência e intensidade de emoções com a idade, principalmente no que diz respeito às emoções de alta ativação (Pinquart, 2001). Perante isto, é necessário algum cuidado, visto que os idosos podem continuar a experimentar AP e AN, mas com menos intensidade (Diener, Scollon, et al., 2003), podendo ser mais adequado a utilização de um instrumento de baixa ativação, como é o caso da *ABS* (Bradburn, 1969).

Relativamente à avaliação da saúde subjetiva, de acordo com a revisão da literatura, os idosos apresentam resultados melhores quando esta é avaliada através da comparação com os pares (Baltes & Smith, 2003; Borchelt et al., 1999; Botelho, 2005). O facto dos idosos tomarem como referência pessoas da mesma idade, com problemas de saúde semelhantes, poderá contribuir para uma avaliação mais positiva da sua saúde (Andersen et al., 1999; Ocampo, 2010). Perante isto, resultados diferentes poderiam ter sido encontrados se, na administração do QCMP (Diniz, 2008; Pimentel & Diniz, 2013), tivesse sido dada a indicação de que a avaliação seria em comparação com os pares. Como tal, sugere-se a realização de estudos comparativos, em que a prova seja administrada em dois momentos diferentes: num dos momentos seria dada a indicação para avaliar a sua CMP em relação às pessoas da mesma idade, e no outro momento não seria solicitada esta comparação. Isto realizado conjuntamente com a administração dos restantes instrumentos utilizados neste trabalho permitiria observar eventuais diferenças nas relações entre os resultados das duas versões: primeiro, num idoso, seria administrada uma das versões, depois os outros instrumentos e no final a outra versão; num idoso seguinte inverter-se-ia a ordem de apresentação das duas versões na sequência atrás referida, e assim sucessivamente.

Outro aspeto a ter em conta refere-se ao facto de terem sido excluídos deste estudo idosos com pontuações na EDG-15 (Diniz, 2007a; Sheikh & Yesavage 1986; Tumas et al., 2008), quase sempre indicadoras de depressão (com exceção do Estudo 2), com demência rastreada através da adaptação portuguesa do *MMSE* (Guerreiro et al., 1994), ou que não conseguissem realizar autonomamente AVD, sendo que os resultados deste estudo devem ser lidos mediante estas informações. A seleção dos idosos, tendo em conta os critérios de inclusão deste estudo, evidenciou que, principalmente no caso dos idosos institucionalizados, muitos apresentavam elevados níveis de depressão, de

défice cognitivo, ou de problemas funcionais. Foi, por esta razão, necessário contactar mais instituições do que inicialmente estava previsto, o que retardou o processo de recolha de dados.

Relativamente aos resultados encontrados, para além da discussão dos aspetos mais específicos de cada um dos estudos apresentados, parece-nos pertinente realizar uma apreciação global dos estudos efetuados. Estes estudos confirmam o efeito da idade no processo de envelhecimento, apresentando-se aqui como a variável prevalente, relativamente às restantes variáveis preditoras. Assim, pode afirmar-se que enquanto os idosos da terceira idade vão compensando os défices apoiando-se na cultura, mantendo níveis relativamente elevados de funcionalidade, depois da passagem para a quarta idade a capacidade de preservação dos mecanismos de regulação acaba por deteriorar-se e, consequentemente, a plasticidade começa a ser cada vez menor (Baltes, 2003).

Por este motivo, apesar dos idosos procurarem manter um bom nível de funcionalidade, bem como uma perceção positiva das suas capacidades, mesmo que esta não corresponda à realidade, a partir da quarta idade as falhas começam a ser evidentes a vários níveis e os mecanismos de compensação perdem eficácia, afetando negativamente a avaliação da sua CMP e a adoção de comportamentos SOC. Note-se, ainda, que as amostras estudadas neste trabalho eram bastante envelhecidas, contrariamente à maioria dos estudos com idosos, que não consideram idosos na quarta-idade (Kunzman et al., 2000). A quarta-idade constitui, por conseguinte, um desafio e um estímulo para que se invista no desenvolvimento da cultura e da sociedade de forma que possa apoiar a adaptação ao envelhecimento, potenciando a plasticidade cerebral dos idosos, o máximo de tempo possível.

Contudo, a Idade, por si só, não afetou os AP, nem o ADG, mas eles foram influenciados pela mediação da CMP. Este facto reforça a ideia de que as alterações

funcionais que surgem na quarta-idade acabam por ter influência sobre estes indicadores de sucesso no envelhecimento. Pelo contrário, no caso dos AN, a Idade teve um efeito direto, mas o efeito de mediação CMP mitigou este efeito, o que reforça a ideia de que não é a idade que tem influência no BES, mas sim os aspetos relacionados com a saúde funcional (Kunzman et al., 2000).

O Género surge como outra variável importante no estudo do envelhecimento, visto que homens e mulheres se distinguem na forma como envelhecem, havendo uma tendência para as mulheres apresentarem maior multimorbilidade, estarem mais isoladas, sentirem-se mais deprimidas e apresentarem pior BES (Brown et al., 2007; Smith et al., 1999; Stheinhagen-Thiessen & Borchelt, 1999). Contrariamente ao esperado, nos estudos efetuados, apenas se verificou que o Género teve efeito nos AN e na CMP. Várias razões podem ser apresentadas para que o Género não tenha tido influência nas restantes variáveis, podendo isto prender-se com as características da amostra, visto que se tratava de uma amostra bastante envelhecida e com muitos idosos institucionalizados. Com o envelhecimento, as diferentes circunstâncias de vida que separam homens e mulheres têm tendência a esbater-se, bem como os papéis sociais que ocupavam, sendo que as dificuldades sentidas, os interesses ou ocupações poderão assemelhar-se.

Por seu lado, os próprios cuidadores, informais e formais, podem reforçar esta tendência, relacionando-se com os idosos, apenas como grupo etário, não tendo em atenção as idiosincrasias de género. Isto, por sua vez, poderá levar a que os próprios idosos assumam uma identidade em que as diferenças de género se tornam menos relevantes. Para além disso, nesta fase de desenvolvimento, os idosos procuram criar um sentido para as suas vidas, considerando que poderão estar perto do final, estando mais voltados para si e mais ligados à espiritualidade, ao mesmo tempo que têm de lidar com

as perdas que vão sentindo, desvalorizando questões mais superficiais, como papéis sexuais (Sinnot & Shifren, 2001).

Relativamente à institucionalização, neste trabalho, verificou-se que o ER não teve efeito sobre a CMP, nem sobre as variáveis critério AP, AN e SOC. Isto pode dever-se ao facto da amostra comunitária ser constituída essencialmente por idosos utentes de centro de dia, contactando assim diariamente com dinâmicas institucionais, semelhantes às que podem ser encontradas em lares, visto que ambos se regem por horários e atividades semelhantes, tornando os idosos, utentes de centro de dia, semi-institucionalizados. Desta forma, as semelhanças encontradas entre estes contextos, poderão ter mitigado as diferenças entre os dois grupos. Os estudos que analisaram o impacto da institucionalização têm apresentado resultados divergentes, havendo estudos que sugerem que a instituição tem um impacto negativo, pelo facto dos idosos se sentirem mais isolados, terem de se adaptar a um contexto diferentes (Cruz et al., 2011), mas outros não encontram diferenças entre idosos comunitários e institucionalizados ou referem até que os idosos poderão sentir-se mais seguros quando residem em lares (Brajković et al., 2011).

Os lares são cada vez mais instituições abertas que se preocupam em adequar a sua intervenção e apoio às idiossincrasias dos seus utentes e que desenvolvem atividades que promovam a autonomia e o bem-estar dos idosos. Alguns idosos mantêm as suas AVD, aproximando as suas rotinas do lar, das que mantinham em suas casas. Assim se por um lado alguns idosos institucionalizados se encontram mais distantes dos seus familiares e têm de se adaptar a um contexto diferente, por outro lado muitos poderão reconhecer no lar um local seguro, onde se sentem apoiados, onde não têm de se preocupar com questões financeiras e onde poderão até constituir uma nova rede de suporte social, ao estabelecerem relações com os outros utentes (Brajković et al., 2011).

Outro motivo que poderia explicar a ausência de efeitos do ER sobre os AP e os AN tem que ver com uma certa tendência para a estabilidade no BES (Charles et al., 2001; Costa et al., 1987; Diener, Scollon, et al., 2003; Márquez-González et al., 2008; Kunzmann et al., 2000), havendo várias teorias que sugerem a presença de mecanismos de adaptação que permitem aos idosos manter o mesmo nível de BES, mesmo perante alterações contextuais (Baltes & Baltes, 1990; Gross et al., 1998). No entanto, verificou-se que o ER teve efeito em relação à SV, o que pode estar relacionado com o facto de se tratar de uma dimensão cognitiva e, por isso, estar dependente dos juízos subjetivos que cada um faz da sua vida. Ou seja, ao nível cognitivo os idosos institucionalizados encontram-se menos satisfeitos com as suas vidas, possivelmente porque, de acordo com a avaliação que fazem, reconhecem a falta de contactos sociais e o isolamento. Ainda assim, isto parece não ter impacto ao nível dos afetos.

Em relação ao ADG, este parece ser mais suscetível de mudanças perante adversidades como perdas (e.g., morte de familiares, perda de papéis sociais, problemas económicos), doenças, carências e aspetos sociais (Wilkinson, et al., 2003). O facto dos idosos institucionalizados poderem estar mais expostos a este tipo de situações poderá levar a que os idosos residentes em lares se encontrem com mais frequência deprimidos (Cruz et al., 2011; Frank & Rodrigues, 2006).

Outro aspeto bastante evidente neste estudo prende-se com o efeito que a CMP exerce sobre os comportamentos SOC, o ADG e os AP e AN: quanto maior o nível de CMP menos AN e ADG e mais comportamentos SOC e AP. Para além disso, a CMP teve um efeito de mediação parcial no efeito da Idade sobre os comportamentos SOC e os AP, e um efeito de mediação completo no efeito do Género sobre o ADG, seguindo a terminologia de Iacobucci et al. (2007). O facto de se ter considerado o efeito de mediação da CMP nos modelos testados pode trazer vantagens em termos de

aplicabilidade do estudo, visto que, tal como já foi referido, a CMP é menos dependente do contexto, permitindo uma maior facilidade de modificação do que as outras variáveis.

13. Conclusão

Os resultados destes estudos poderão ter implicações importantes a um nível profissional, pois sugerem formas alternativas de intervir sobre indicadores de envelhecimento bem-sucedido, como o bem-estar ou capacidade de adaptação. Ter noção de que a avaliação subjetiva que os idosos fazem das suas capacidades poderá ter influência na forma como envelhecem, poderá ajudar os profissionais a adequar as suas intervenções, promovendo as capacidades motoras, mas principalmente uma perceção positiva acerca das mesmas.

Entretanto, o reconhecimento da importância da CMP poderá ter vantagens também ao nível social. A possibilidade de sensibilizar a sociedade para a importância da saúde subjetiva poderá levar a um investimento maior em estratégias de prevenção e promoção da saúde, permitindo que o aumento de tempo de vida esteja a par de sentimentos de bem-estar e dignidade. Estratégias deste tipo poderão também ter benefícios económicos, constituindo uma forma eficaz e de baixo custo de minimizar o impacto negativo do envelhecimento sobre o tecido social. Desta forma poderá ser possível obter ganhos significativos ao nível da saúde e do bem-estar dos idosos envolvidos, ao contrariar e prevenir perdas ao nível funcional, mas também melhorando a SFS (Pimentel, 2012). Em suma, intervenções que promovam a saúde subjetiva dos idosos, para além de ter efeitos positivos no bem-estar e adaptação dos idosos e de minimizar sintomatologia depressiva, poderão reduzir custos com cuidados de saúde.

É importante, ainda, referir que neste estudo apenas foi considerada uma das componentes da SFS, a CMP, não tendo sido considerada a capacidade sensorial percebida. Sugere-se que em estudos futuros ela seja também analisada, de forma a complementar os resultados agora obtidos.

Por último, deve ter-se em conta que os resultados foram obtidos em função da forma como estes construtos foram operacionalizados, sendo que outros resultados poderiam ser encontrados, mediante a aplicação de outros instrumentos de avaliação: por exemplo, para a SV a *SWLS* (Diener et al., 1985) e para os AP e AN a *ABS* (Bradburn, 1969). Poderia, ainda, ser interessante a inclusão de outros construtos nestes modelos, nomeadamente a influência de acontecimentos de vida (Vaux & Meddin, 1987), ou operacionalizar algumas destas variáveis de forma diferente, por exemplo no caso do ER, especificando idosos que residem em lares, em suas casas, ou que frequentam centros de dia. Para além disso, note-se que os modelos foram avaliados em termos da sua precisão preditiva (isto é, dentro do domínio de predição dos dados observados) (Forster, 2002). Portanto, deve haver prudência na generalização dos resultados deste estudo, devido ao processo de amostragem, à caracterização da amostra e ao procedimento de recolha de dados. Sugere-se assim, que futuros estudos possam replicar os modelos aqui estudados com outras amostras e de maior dimensão, para que os resultados agora encontrados possam ser generalizáveis.

Referências

- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J., & Ibáñez, E. (2006). Afectos y género. *Psicothema*, 18, 143-148. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/3189.pdf>
- Alcalá, V., Camacho, M., & Giner, J. (2007). Afecto y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19, 49-56. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/3327.pdf>
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos socioculturalmente muito e pouco diferenciados* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade Nova de Lisboa e Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Amado, N., & Diniz, A. M., (2011). Aspectos psico-sociais do envelhecimento nos seniores. *Revista de Divulgação Científica AICA*, 3, 32-40. Disponível em <http://aica-madeira.org/>
- Amado, N., Diniz, A. M., & Martins, M. (2006). Estudo preliminar da adaptação portuguesa para idosos do Selection, Optimization and Compensation Questionnaire (Short Version). In C. Machado, L. S. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Orgs.), *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 215-222). Braga: Psiquilíbrios.
- Andersen, F. K., Christensen, K., & Frederiksen, H. (2007). Self-rated health and age: A cross-sectional and longitudinal study of 11,000 Danes aged 45-102. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 164-171. doi:10.1080/14034940600975674.

- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two step approach. *Psychological Bulletin*, 103, 411-423. doi:10.1037/0033-2909.103.3.411
- Angelini, V., Cavapozzi, D., Corazzini, L., & Paccagnella, O. (2012). Age, health and life-satisfaction among older europeans. *Social Indicators Research*, 105, 293-308. doi:10.1007/s11205-011.9882-x
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., Akiyama, H., Smith, J., Baltes, M. M., Takahashi, K., Fuhrer, R., & Dartigues, J-F. (2002). Differences between men and women in social relations, resources deficits, and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues*, 58, 767-783. doi:10.1111/1540-4560.00289
- Bagozzi, R. P., Wong, N., & Yi, Y. (1999). The role of culture and gender in the relationship between positive and negative affect. *Cognition and Emotion*, 13, 641-672.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626. doi:10.1037/0012-1649.23.5.611.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *Max Planck Institute for Human Development and Education*, 52, 366-380.
- Baltes, P. B. (2003). Extending longevity: Dignity gain – or dignity drain? *Max Panck Research*, 3, 15-19.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M.

- Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York, NY: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Baltes, M. M., Freund, A. M., & Lang, F. (1999). *The measurement of selection, optimization and compensation (soc) by self report* (Technical Report). Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Baltes, P. B., Delius, J., Krampe, R. T., Kreppner, K., Kunzmann, U., Li, S.-C., ... Smith, J. (2005). *Center for lifespan psychology*. In Max Planck Institute for Human Development (Ed.), *Research Report 2003-2004* (pp. 186-193). Berlin: Max Planck Institute for Human Development.
- Baltes, M. M., Freund, A. M., & Horgas, A. L. (1999). Men and women in the Berlin aging study. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 259-281). New York, NY: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H., Borchelt, M., & Little, T. D. (1999). Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 384-402). New York, NY: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Mayer, K. U. (Eds.) (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Kliegl, R. (1992). Further testing of the limits of cognitive plasticity: Negative age differences in a mnemonic skill are robust. *Developmental Psychology*, 28, 121-125. doi:10.1037/0012-1649.28.1.121
- Baltes, P. B., & Singer, T. (2001). Plasticity and the aging mind: An exemplar of the biocultural orchestration of brain and behavior. *European Review*, 9, 59-76. doi:10.1017/S1062798701000060~

- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135. doi:10.1159/000067946
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1997). A systemic-wholistic view of psychological functioning in very old-age: Introduction to a collection of articles from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 12, 395-409. doi:10.1037//0882-7974.12.3.395
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507. doi: 10.1146/annurev.psych.50.1.471
- Barrett, L. F., & Russel, J. A. (1999). The structure of current affect: Controversies and emerging consensus. *American Psychological Society*, 8, 10-14. doi:http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.00003
- Batistoni, S., Neri, A., & Cupertino, A. (2010). Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, 44, 1137-1143. doi:10.1590/S0034-89102010000600020
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Beekman, A. T., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J., & Tilburg, W. V. (1995). The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. *Social Psychiatric Epidemiology*, 30, 32-38. doi:10.1007/BF00784432
- Blazer, D. (2003). *A depressão em idosos*. São Paulo: Andrei.
- Blazer, D. (2003). Depression in later life: Review and commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A, 249-265. doi:10.1093/gerona/58.3.M249

- Blazer, D., & Hybelis, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35, 1-12. doi:10.1017/S0033291705004411
- Borchelt, M., Gilbert, R., Horgas, A. L., & Geiselman, B. (1999). On the significance of morbidity and disability in old age. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 403-429). New York, NY: Cambridge University Press.
- Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relation to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 607-618. doi:0.1111/j.1365-2702.2006.01375.x
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In Paúl, A., & Fonseca, A. M. (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Climepsi: Lisboa.
- Bourne, P. A., & Brooks, D. (2011). Gender, women and health: Gendered health differences. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 3, 550-574.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine
- Bradburn, N. M., & Caplovitz, D. (1965). *Reports on happiness*. Chicago, IL: Aldine.
- Brajković, L., Gregurek, R., Kušević, Z., Ratković, A. S., Braš, M., & Dordević, V. (2011). Life satisfaction in person of the third age after retirement. *Collegium Antropologicum*, 35, 665-671.
- Brandtstadter, J., & Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80. doi:10.1006/drev.1994.1003
- Brickman, P., & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Appleby (Ed.), *Adaptation-level theory* (pp.287-305). New York, NY: Academic Press.

- Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927. doi:10.1037//0022-3514.36.8.917
- Brown, L. M., & Schinka, J. A. (2005). Development and initial validation of a 15-item informant version of geriatric depression scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 911-918. doi:10.1002/gps.1375
- Brown, P. J., Woods, C. M., & Storandt, M. (2007). Model stability of the 15-item Geriatric Depression Scale across cognitive impairment and severe depression. *Psychology and Aging*, 22, 372-379. doi:10.1037/0882-7974.22.2.372
- Buber, I., & Engelhardt, H. (2008). *The relation between depressive symptoms and age among older Europeans finding from share*. Vienna: Vienna Institute of Demography.
- Campbel, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of life of American life*. New York, NY: Russel Sage Foundation.
- Cappeliez, P., Sèvre-Rosseau, S., Landreville, P., & Prévile, M. (2004). Physical health, subjective health, and psychological distress in older adults: Reciprocal relationships concurrently and over time. *Ageing International*, 29, 247-266. doi:10.1007/s12126-996-1001-y
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *American Psychological Society*, 4, 151-156. doi:10.1111/1467-8721.ep11512261
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181. doi:10.1037//0003-066X.54.3.165

- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Esner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., ..., Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging, 26*, 21-33. doi:10.1037/a0021285
- Cattell, R. B. (1963). Theory of fluid and crystallized intelligence: a critical experiment. *Journal of Educational Psychology, 54*, 1-22. doi:10.1037/h0046743
- Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2006). *Adult development and aging*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Cerrato, I. M., & Trocóniz, M. I. F. (1998). Successful aging. But, why don't the elderly get more depressed? *Psychology in Spain, 2*, 27-42.
- Chappell, N. L. & Cooke, H. A. (2010). Age related disabilities: Aging and quality of life. In *International Encyclopedia of Rehabilitation* (pp. 1-13). New York, NY: State University at New York & Institut de Réadaptation en Déficience Physique du Québec. Retrieved from <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/189/>
- Chappell, N. L., & Penning, M. J. (1979). The trend away from institutionalization: Humanistic or economic efficiency? *Research on Aging, 1*, 361-387. doi:10.1177/016402757913005
- Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 136-151. doi:10.1037/0022-3514.80.1.136
- Cheng, S. (2004). Age and subjective well-being revisited: A discrepancy perspective. *Psychology and Aging, 19*, 409-415. doi:10.1037/0882-7974.19.3.409
- Chou, K. L., & Chi, I. (2005). Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 41-50. doi:10.1002/gps.1246

- Cícero, M. T. (2009). *Da velhice*. Lisboa: Biblioteca Editores Independentes. (Original publicado em 44 DC)
- Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and development*. London: Arnold.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design & analysis issues for field settings*. Chicago, IL: Rand McNally College Publishing Company.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In Paúl, A., & Fonseca, A. M. (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 157-176). Lisboa: Climepsi.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Zonderman, A. B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *British Journal of Psychology*, 78, 299-306. doi:10.1111/j.2044-8295.1987.tb02248.x
- Cruz, N. F. F., Miranda, M. C., & Borges, M. C. L. A. (2011). Identification of depression in elderly women living in rest-home. *Revista de Pesquisa*, 3, 2396-2402.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old*. New York, NY: Basic Books.
- de Bruin, A., Picavet, H. S. J., & Nossikov, A. (Eds.) (1996). *Health interview surveys: Towards international organization of methods and instruments* (WHO regional publications. European Series, No. 58). Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/111149/E72841.pdf

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11. doi:10.1007/s10902-006-9018-1.
- del Pino, A. C. S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 188-192.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43. doi:10.1037//0003-066X.55.1.34
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research and Quality of Life*, 1, 151-157. doi:doi:10.1007/s10902-006-9000-y
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185. doi:10.1111/j.1467-9280.1996.tb00354.x
- Diener, E. & Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being – Contributes to health and longevity. *Health and Well-Being*, 3, 1-43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935. doi:10.1037//0022-3514.68.5.926

- Diener, E., & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. IN B. Buunk & R. Gibbons (Eds.). *Health coping, and social comparison* (pp. 329-357). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research*, 28, 195-223. doi:10.1007/BF01079018
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219. doi:10.1007/978-90-481-2354-4_4
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychology Bulletin*, 125, 276-302. doi:10.1037//0033-2909.125.2.276
- Diniz, A. M. (2007a). *Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida*. Lisboa: Autor.
- Diniz, A. M. (2007b). *Questionário de Selecção, Optimização e Compensação*. Lisboa: Autor.
- Diniz, A. M. (2007c). *Escala de Afetos Positivos e Negativos*. Lisboa: Autor.
- Diniz, A. M. (2008). *Questionário de Capacidade Motora Percebida*. Lisboa: Autor.
- Diniz, A. M., & Amado, N. (in press). *Procedures for successful data collection through psychological tests in the elderly. Psicologia: Reflexão e Crítica/Psychology*.

- Diniz, A. M., Amado, N., & Gouveia, J. (2011). Índice de Satisfação com a Vida. In Machado, C., Gonçalves, M., Almeida, L., & Simões, M. R. (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. 1, pp. 45-65). Coimbra: Almedina.
- Diniz, A. M., Pocinho, M., & Almeida, L. S. (2011). Cognitive abilities, sociocultural background and academic achievement. *Psicothema*, 23, 695-700. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/3943.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.
- Donnenwerth, G. V., & Petersen, L. R. (1992). Institutionalization and well-being among the elderly. *Sociological Inquiry*, 62, 437-449. doi:10.1111/j.1475-682X.1992.tb00293.x
- Duarte, M., & Paúl, C. (1994). Avaliação do ambiente institucional-público e privado: Estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1, 17-29.
- Dupuy, H. J. (1978, October). *Self-representation of general psychological well-being of American adults*. Paper presented at the 106th Meeting of the American Public Health Association, Los Angeles, CA.
- Eagly, A. H., & Wood, W. (1991). Explaining sex differences in social behavior: A meta-analytic perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 306-315. doi:10.1177/0146167291173011
- Efklides, A., Kalaitzidou, M., & Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state, and adaptation to aging. *European Psychologist*, 8, 178-191. doi:10.1027//1016-9040.8.3.178
- Erickson, E. (1969). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 1, 18-164.

- Featherman, D. L., Smith, J., & Peterson, J. G. (1990). Successful aging in a post-retired society. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 50-93). New York, NY: Cambridge University Press.
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 138-150. doi:10.1037/0022-3514.68.1.138
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2, 57-65.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: Some empirical results. *Psicothema*, 13, 40-49. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/411.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Rudinger, G., Schroots, J. J. F., Hekkinnen, E., Drusini, A., ..., Rosenmayr, L. (2004). Assessing competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Behavioral Science Section*, 50, 330-347. doi:10.1159/000079132.
- Ferring, D., & Filipp, S. H. (1995). The structure of subjective well-being in the elderly: A test of different models by structural equation modeling. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 32.
- Flood, M. (2003). Successful aging: A concept analysis. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 6, 105-108.
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9, 466-491. doi:10.1037/1082-989X.9.4.466

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184. doi:10.1037//0882-7974.2.2.171
- Folstein, M. F., Folstein S. E., & McHugh, P. A. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2006). Envelhecer em Portugal: Um olhar psicológico. *Povos e Culturas*, 10, 65-80.
- Fonseca, R., Paúl, C., & Martin, I. (2008). Life satisfaction and quality of life amongst elderly Portuguese living in the community. *Portuguese Journal of Social Science*, 7, 87-102. doi:10.1386/pjss.7.2.87/1
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50. doi:10.2307/3151312
- Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science*, 69, S124-S134. doi:10.1086/341840
- Fowers, B. J., Mollica, C. O., & Procacci, E. N. (2010). Constitutive and instrumental goal orientation and their relations with eudaimonic and hedonic well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 139-153. doi:10.1080/17439761003630045
- Frank, M. H., & Rodriguez, N. L. (2006). Prevalence and predictors of depression in population of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 375-387. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x

- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies for life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13*, 531-543. doi:10.1037/0882-7974.13.4.531
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 642-662. doi:10.1037/0022-3514.82.4.642
- Frey, B. S., & Stutzer, A. (2002). The economics of happiness. *World Economics, 3*, 1-17.
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: the case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 427-434. doi:10.1037//0022-3514.61.3.427
- Fulg-Meyer, A. R., Melin, R., & Fulg-Meyer, K. S. (2002). Life-satisfaction in 18- to 64-years-old Swedes: In relation to gender, age, partner and immigrant status. *Journal of Rehabilitation Medicine, 34*, 239-246. doi:10.1080/165019702760279242
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doença, 6*, 203-214.
- Gallo, J. J., Rebok, G. W., Tennstedt, S., Wadley, V. G., Horgas, A., & The Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly (Active) Study Investigators. *Aging and Mental Health, 7*, 469-480. doi:10.1080/13607860310001594736.
- Gebel, K., Bauman, A. E., Sugiyama, T., & Owen, N. (2011). Mismatch between perceived and objectively assessed neighborhood walk ability attributes:

- Prospective relationships with walking and weight gain. *Health & Place*, 17, 519–524. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.12.008.
- Gestorf, D., Mayraz, G., Lindenberger, U., Ram, N., Hidajar, M., & Wagner, G. G. (2010). Late-life decline in well-being across adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something is seriously wrong at the end of life. *Psychology and Aging*, 25, 477–485. doi:10.1037/a0017543
- Gitlin, L. N. (2003). Conducting research on home environments: Lessons learned and new directions. *The Gerontologist*, 43, 628–637. doi:10.1093/geront/43.5.628
- Giusta, M. D., Jewell, S. L. & Kambhampati, U. S. (2011). Gender and life satisfaction in the UK. *Feminist Economics*, 17, 1–34. doi:10.1080/13545701.2011.582028
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, NY: Uncher Books.
- Gross, J. J., Carstensen, L.L., Tsai, J., Skorpen. C. G., & Hsu, A. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12, 590–599. doi:10.1037//0882-7974.12.4.590
- Gruenewald, T. L., Karlamangla, A. S., Greendale, G. A., Singer, B. H., & Seeman, T. E. (2007). Feelings of usefulness to others, disability, and mortality in older adults: The MacArthur Study of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B, 28–37. doi:62/1/P28 [pii]
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9–10.
- Guralnik, J. M., & Ferrucci, I. (2003). Assessing the building blocks of function. Utilizing measures of functional limitation. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (3, suppl. 2), 112–121. doi:10.1016/S0749-3797(03)00174-0

- Gutman, G. M., Stark, A., Donald, A., & Beattie, B. L., 2001. Contribution of self-reported health ratings to predicting frailty, institutionalization, and death over a 5-year period. *International Psychogeriatrics*, 13, 223-231. doi:10.1017/S1041610202008165
- Hambleton, R. K. (2001). The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 164-172. doi:10.1027//1015-5759.17.3.164
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Jornal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* , 23 , 56-61. doi:10.1136/jnnp.23.1.56
- Heikkinen, R. L., & Kauppinen, M. (2012). Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontotology and Geriatrics*, 38, 239-250. doi:10.1016/j.archger.2003.10.004
- Helmchen, H., et al. (1999). Psychiatric illness in old age. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 167-196). New York, NY: Cambridge University Press.
- Helmes, E., Goffin, R. D., & Christohohn, R. D. (1998). Confirmatory factor analysis of the Life Satisfation Index. *Social Indicators Research*, 45, 371-390. doi:10.1023/A:1006966419159
- Hoeymans, N., Feskens, E., Kromhout, D., & Van den Bos, G. (1997). Ageing in the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Social Science and Medicine*, 45, 1527-1536. doi:10.1016/S0277-9536(97)00089-0
- Hoeymans, N., Feskens, E., Van den Bos, G., & Kromhout, D. (1997). Age, time, and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men.

- American Journal of Public Health*, 87, 1620-1625.
doi:10.2105/AJPH.87.10.1620
- Horn, J. L., & Cattell, R. B. (1966). Age differences in primary mental abilities factors. *Journal of Gerontology*, 21, 210-220. doi:10.1093/geronj/21.2.210
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparametrized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453. doi:10.1037/1082-989X.3.4.424
- Hulicka, I. M., Morganti, J. B., & Cataldo, J. F. (1975). Perceived latitude of choice of institutionalized and noninstitutionalized elderly and women. *Experimental Aging Research*, 1, 27-39. doi:10.1080/03610737508257944
- Iacobucci, D., Saldanha, N., & Deng, X. (2007). A meditation on mediation: Evidence that structural equations models perform better than regressions. *Journal of Consumer Psychology*, 17, 139-153. doi:10.1016/S1057-7408(07)70020-7
- Instituto Nacional de Estatística (2007). *Estatísticas demográficas 2005*. Portugal: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos*. Portugal: INE.
- International Test Commission (2010). *International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests*. Retrieved from <http://www.intestcom.org>
- Inui, T. S. (2003). The need for an integrated biopsychosocial approach to research on successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139, 391-394. doi:10.7326/0003-4819-139-5_Part_2-200309021-00002
- Irigary, T. Q., & Scheneider, R. H. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da universidade para a terceira idade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 19-27. doi:10.1590/S0101-81082007000100008~

- Izal, M. & Fernández-Ballesteros (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología*, 6, 181-198. doi:10.6018/28231
- Jopp, D., & Smith, J. (2006). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization, and compensation. *Psychology and Aging*, 21, 253-265. doi:10.1037/0882-7974.21.2.253
- Jöreskog, K. G. (2005). *Structural equation modeling with ordinal variables using LISREL*. Retrieved from <http://www.ssicentral.com/lisrel/techdocs>
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993) *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). *PRELIS 2: User's reference guide*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2002). *LISREL8.53 for Windows*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jung, C. G. (2005). *Modern man in search of a soul*. (W. S. Dell & C. F. Baynes, Trans.). Retrieved from http://books.google.pt/books?id=iOAKxOBqV-0C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (Original work published 1933)
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- Kercher, K. (1992). Assessing subjective well-being in the old-old: The PANAS as a measure of orthogonal dimensions of positive and negative affect. *Research on Aging*, 14, 131-168. doi:10.1177/0164027592142001

- Khang, Y., & Kim, H. R. (2010). Gender differences in self-rated health and mortality association: Role of pain-inducing musculoskeletal disorders. *Journal of Women's Health, 19*, 109-116. doi:10.1089/jwh.2009.1413
- Kinsella, K. & Velkoff, V. A. (2001). *An aging world: 2001* (U.S. Census Bureau, series P95/01-1). Washington, DC: U.S. Government Printing Office
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Koo, J., Rie, J., & Park, K. (2004). Age and gender differences in affect and subjective well-being. *Geriatrics and Gerontology International, 4*, S268-S270. doi:10.1111/j.1447-0594.2004.00224.x
- Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2011). When time is running out: Changes in positive future perception and their relationships to changes in well-being in old age. *Psychology and Aging, 26*, 381-387. doi:10.1037/a0022223
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 15*, 511-526. doi:10.1037/0882-7974.15.3.511.
- Lackey, K. J., & Kaczynski, A. T. (2009). Correspondence of perceived vs. objective proximity to parks and their relationship to park-based physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 6*: 53. doi:10.1186/1479-5868-6-53
- Larsen, R. J. (1984). Theory and measurement of affect intensity as an individual difference characteristic. *Dissertation Abstracts International, 85*, 2297B. (University Microfilms No. 84-22112)

- Lasser, R., Siegel, E., Dukoff, R., & Sunderland, T. (1998). Diagnostic and treatment of geriatric depression. *CNS Drugs*, 9, 17-30. doi: 1172-2047/98/0001/\$07.00/0
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-90.
- Lawton, M. P. (1983). The varieties of well-being. *Experimental Aging Research*, 9, 65-72. doi:10.1080/03610738308258427
- Lawton M. P., & Brody E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186. doi:10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., & Dean, J. (1993). Affect and age: Cross-sectional comparisons of structure and prevalence. *Psychology and Aging*, 8, 165-175. doi:10.1037//0882-7974.8.2.165
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajapogal, & D., Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, 7, 171-184. doi:10.1037//0882-7974.7.2.171
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Dean, J., Rajapogal, D., & Parmalee, P. A. (1992). The factorial generality of brief positive and negative affect measures. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 47, 228-237. doi:pmed.1624699
- Lee, Y., & Park, K. (2006). Health practices that predict recovery from functional limitations in older adults. *American Journal Preventive Medicine*, 31, 25-31. doi:10.1016/j.amepre.2006.03.018
- Lima, A. M. M., Silva, H. S., & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: Trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 12, 795-807. doi:10.1590/S1414-32832008000400010

- Lindsey, J., & Murphy, E. (1989). Dementia, depression and subsequent institutionalization: The effect of home support. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 3-9. doi:10.1002/gps.930040104
- Löckenhof, C. E., & Carstensen, L. L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging, and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of Personality*, 17, 1395-1424. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x
- Lybournirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155. doi:10.1023/A:1006824100041
- MacCallum, R. C., Roznowski, M., & Necowitz, L. B. (1992). Model modification in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin*, 111, 490-504. doi:10.1037/0033-2909.111.3.490
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Márquez-González, M., Trocóniz, M., Cerrato, I., Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en três grupos de edad. *Psicothema*, 20, 616-622. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/3531.pdf>
- Maslić-Seršić, D., & Vuletić, G. (2006). Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 Health Survey: providing a framework for subjective health research. *Croatian Medical Journal*, 7, 95-102.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York, NY: Van Nostrand.

- Menec, V. H., & Chipperfield, J. G. (2001). A prospective analysis of the relation between self-rated health and health care use among elderly Canadians. *Canadian Journal on Aging*, 20, 293-306. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0714980800012794>
- Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-413. doi:10.1007/BF00333288
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72 (8), 800-808. doi:10.2105/AJPH.72.8.800
- Myles, J. (1978). Institutionalization and sick role identification among the elderly. *American Sociological Review*, 43, 508-521.
- Neugarten, B. L., Havighurts, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143. doi:10.1093/geronj/16.2.134
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Ocampo, J. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*, 41, 275- 289.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e de saúde*. Retrieved from http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento activo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. D. (2009). *Human development* (11th ed.). New York, NY: McGraw Hill.

- Parducci, A. (1995). *Happiness, pleasure, and judgment: The contextual theory and its applications*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (1999). A saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 345-362.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (Eds.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). The review of the life satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172. doi:10.1007/978-90-481-2354-4 5
- Pelham, B. W., & Waschmuth, J. D. (1995). The waxing and waning of the social self: Assimilation and contrast in social comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 825-838. doi:10.1037/0022-3514.69.5.825
- Pimentel, F. (Coord.) (2012). *Envelhecer a crescer* (Relatório de Execução). Porto: Agência Piaget para o Desenvolvimento.
- Pimentel, F., & Diniz, A. M. (2010). *Questionário de Selecção, Optimização e Compensação (versão de 16 itens)*. Lisboa: Autor.
- Pimentel, F., & Diniz, A. M. (2012). Perceived motor ability and selection, optimization, and compensation: Effects of age and institutionalization. *Psico-USF*, 17, 357-368. doi:10.1590/S1413-82712012000300002

- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375-405. doi:10.1023/A:1013938001116
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16, 414-426. doi:10.1037//0882-7974.16.3.414
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15, 187-224. doi:10.1037//0882-7974.15.2.187
- Poon, L. W. (1992). Toward an understanding of cognitive functioning in geriatric depression. *1991 IPA Research Awards in Psychogeriatrics*, 4, 241-266. doi:10.1017/S1041610292001297.
- Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T. F., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., ..., Copeland, J. R. M. (1999). Development of the EURO-D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 339-345. doi:10.1192/bjp.174.4.330
- Radlof, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Räty, S., Aromaa, A., & Koponen, P. (2003). *Measurement of physical functioning in comprehensive national health surveys - ICF as a framework* (Report). Helsinki: National Public Health Institute, KTL. Retrieved from http://www.ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_annexe15_04_en.pdf
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37, 433-440. doi:10.1093/geront/37.4.433
- Russel, J. A. (1979). Affective space is bipolar. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 345-356. doi: 10.1037/0022-3514.37.3.345
- Ruthing, J. C., & Chipperfield, J. G. (2006). Health incongruence in later life: Implications for subsequent well-being and health care. *Health Psychology*, 26, 753-761. doi:10.1037/0278-6133.26.6.753
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170. doi:10.1007/s10902-006-9023-4
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. doi:10.1037//0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *American Psychological Society*, 4, 99-104. doi:10.1111/1467-8721.ep10772395
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0

- Santos, F., Sobral, M., Costa, A., & Ribeiro, O. (2003). Estudo da prevalência da depressão numa população idosa institucionalizada. *Revista Portuguesa de Geriatria*, 154, 10-27.
- Santos, K. T., Fernandes, M. H., Reis, L. A., Coqueiro, R. S., & Rocha, S. V. (2012). Depressive symptoms and motor performance in the elderly: A population based study. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 16, 295-300.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Scattle Longitudinal Study*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Schultz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714. doi:10.1037//0003-066X.51.7.702
- Schumacker, E. R., & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Seligman, M. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. doi:10.1037//0003-066X.55.1.5
- Sena, C. M., Moral, J. C., & Pardo, E. N. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicologia*, 24, 312-319.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-172. doi:10.1300/J018v05n01_09
- Sillén, U., Nilsson, J., Mansson, N., & Nillson, P. (2005). Self-rated health in relation to age and gender : Influence on mortality risk in the Mälmo Preventive Project.

Scandinavian Journal of Public Health, 33, 183-189.
doi:10.1080/14034940410019235.

Silverman, P., Hecht, L., & McMillin, D. (2000). Modeling life satisfaction among the aged: A comparison of Chinese and Americans. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 15, 289-305. doi:10.1023/A:1006793304508

Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R., Vieira, C. C., Matos, A. P., & Oliveira, A. L. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4, 243-279.

Sinnot, J. D. & Shifren, K. (2001). Gender and aging: Gender differences and gender roles. In Birren, J. E., & Schaie, K. W. (5th Ed.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 454-476). San Diego, CA: Academic Press.

Smith, J., & Baltes, P. B. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging*, 13, 676-695.
doi:10.1037//0882-7974.13.4.676

Smith, J., & Baltes, P. B. (1999). Trends and profiles of psychological functioning in very old age. In P. Baltes, & K. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 384-401). New York, NY: Cambridge University Press.

Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersen, R., & Kunzman, U. (1999). Sources of well-being in very old age In P. Baltes, & K. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100* (pp. 450-471). New York, NY: Cambridge University Press.

Sposito, G., D'Elboux Diogo, M. J., Cintra, F. A., Neri, A. L., Guariento, M. E., & De Sousa, M. L. (2010). Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14, 81-89. doi:10.1590/S1413-35552010000100013

- Stacey, C. A., & Gatz, M. (1991). Cross-sectional age differences and longitudinal change on the Bradburn Affect Balance Scale. *Journals of Gerontology*, 46, 76-78.
- Stahl, S. T., & Patrick, J. H. (2011). Perceived functional limitation and health promotion during mid- to late life: The mediation role of affect. *The New School Psychology Bulletin*, 8, 26-33.
- Stålbrand, I. S., Svenson, T., Elmståhl, S., Horstmann, V., Haberg, B., Dehlin, O., & Samuelsson, G. (2007). Subjective health and illness, coping and life satisfaction in an 80-year-old population – Implications for mortality. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14, 173-180. doi:10.1007/BF03000189
- Steinhausen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1999). Morbidity, and functional limitations in very old age. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 131-166). New York, NY: Cambridge University Press.
- Stock, W. A., Okun, M. A., & Benin, M. (1986). Structure of subjective well-being among the elderly. *Psychology and Aging*, 1, 91-102. doi:10.1037//0882-7974.1.2.91
- Suh, E., Diener, E., & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1091-1102. doi:10.1037/0022-3514.70.5.1091
- Triadó, C., & Villar, F. (2006). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial
- Tumas, V., Rodrigues, G. G. R., Farias, T. L. A., & Crippa, J. A. S. (2008). The accuracy of diagnosis of major depression in patients with Parkinson's disease: A comparative study among the UPDRS, the Geriatric Depression Scale and the

- Beck Depression Inventory. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 66, 152-156.
doi:10.1590/S0004-282X2008000200002
- Vaux, A., Meddin, J. (1987). Positive and negative life change and positive and negative affect among the rural elderly. *Journal of Community Psychology*, 15, 447-458. doi:10.1002/1520-6629(198710)15:4<447::AID-JCOP2290150403>3.0.CO;2-9
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, 1-34.
- Veenhoven, R. (1998). Two state-trait discussion on happiness. A reply to Stone et. al.. *Social Indicators Research*, 43, 211-225. doi:10.1023/A:1006867109976
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39. doi:10.1023/A:1010072010360
- Veenhoven, R. (2003). Hedonism and happiness. *Journal of Happiness Studies*, 4, 437-457. doi: 10.1023/B:JOHS.00000005719.56211.fd
- Wagner, M., Schütze, Y., & Lang, F. R. (1999). Social relationships in old age. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 282-301). New York, NY: Cambridge University Press.
- Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). *Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II*. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
- Walsh, E. G., Khatutsky, G., & Johnson, L. (2008). Functional impairment levels in PACE enrollees. *Health Care Financing Review*, 29, 81-88.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1994). *The PANAS-X: Manual for the positive and negative affect schedule - Expanded form*. University of Iowa.
- Watson, D, Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 54, 1063-1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063

Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation system of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 820-838. doi:10.1037/0022-3514.76.5.820

Weiss, D., & Lang, F. R. (2012). "They" are old but "I" feel younger: Age-group dissociation as a self-protective strategy in old age. *Psychology and Aging*, 27, 153-163. doi:10.1037/a0024887

Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2003). *Tratar a depressão*. Lisboa: Climepsi.

Wilson, J. M. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306. doi:10.1037/h0024431

Wood, V. Wylie, M. L., & Sheafor, B. (1969). An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: Correlation with rater judgments. *Journal of Gerontology*, 24, 465-469. doi:10.1093/geronj/24.4.465

World Health Organization (1996). *Health interview surveys: Towards international organization of methods and instruments*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2007). *Women, aging and health: A framework for action. Focus on gender*. Geneva: WHO Regional Office for Europe:

World Health Organization (2012). *Depression*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Anexo I

Termo de consentimento informado para a participação nos estudos

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO PARTICIPANTE NO ESTUDO

Eu, _____, declaro aceitar participar voluntariamente no estudo realizado pela Dr^a. Francisca Pimentel, no âmbito do programa de Doutoramento da Universidade de Évora. Declaro também que me foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo. A minha participação incluirá a realização de uma entrevista.

Abaixo assina

Anexo II

Autorizações para uso de provas

Data: Fri, 3 Dec 2010 07

De: "Watson, David B" <david-watson@uiowa.edu>

Assunto: Re: PANAS Permission + Translation

Dear Francisca,

I appreciate your interest in the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), and I am pleased to grant you permission to use the PANAS in your research. Please note that to use the PANAS, you need both our permission and the permission of the American Psychological Association (APA), which is the official copyright holder of the instrument. Because I am copying this email to APA, however, you do not have to request permission separately from APA; this single e-mail constitutes official approval from both parties.

We make the PANAS available without charge for non-commercial research purposes.

We do require that all printed versions of the PANAS include a full citation and copyright information. Thus, any printed copies should state:

"From "Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales," by D. Watson, L. A. Clark, and A. Tellegen, 1988, Journal of Personality and Social Psychology, 54, 1063-1070. Copyright © 1988 by the American Psychological Association. Reproduced with permission."

Please note that we do not authorize translations of the PANAS. This does not mean that you cannot translate the instrument as needed. However, you should refer to any translation as being "based on the PANAS", rather than calling it the "Portuguese PANAS" or something similar that might suggest that it is an official authorized translation.

Finally, Dr. Clark and I have relocated to the University of Notre Dame. Please direct

any future correspondence to our new email addresses there (la.clark@nd.edu; db.watson@nd.edu).

Good luck with your research.

Sincerely,

David Watson

David Watson

Andrew J. McKenna Family Professor

Editor, Journal of Abnormal Psychology

Department of Psychology

118 Haggard Hall

University of Notre Dame

Notre Dame IN 46556

Data: Mon, 10 Jan 2011 12:37:37 +0000

De: labling <labling@fm.ul.pt>

Assunto: RE: Mini Mental State Examination

Boa tarde

Peço desculpa pelo atraso na resposta ao seu mail, autorizo a utilização do MMSE para fins científicos.

Se precisar de qualquer outro esclarecimento relacionado com este assunto, pode voltar a contactar-me.

Com os cumprimentos.

Manuela Guerreiro

Data: Sat, 29 Jan 2011

De: "Alexandra M. Freund" <freund@psychologie.uzh.ch>

Assunto: Re: SOC - Questionnaire

Dear Ms. Pimentel,

Thank you for your interest in SOC. And yes, of course, please go ahead and use the questionnaire. As it was published, it is open for all researchers who want to use the instrument. I have attached the Technical Report for your information.

All the best for your research and keep me posted regarding your results , Alexandra Freund



Contactos:

Universidade de Évora
Instituto de Investigação e Formação Avançada - IIFA
Palácio do Vimioso | Largo Marquês de Marialva, Apart. 94
7002-554 Évora | Portugal
Tel: (+351) 266 706 581
Fax: (+351) 266 744 677
email: iifa@uevora.pt